

軽度者に対する福祉用具貸与確認依頼書(兼)理由書

年 月 日

西予市長 宛

事業所名

担当者名

<利用者状況>

被保険者番号	被保険者氏名	年齢	生年月日	年 月 日
要介護度 要支援1・要支援2・介護1	認定期間 年 月 日～ 年 月 日	住所	西予市	

<総合的状況>

必要な福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具部分を除く)
基本調査結果等	歩行 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 歩行が可能な距離 屋内 屋外 外出頻度: 月平均 回 主な外出目的(通院・買い物等)	起き上がり 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 寝返り 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる	寝返り 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる	1. 意思の伝達が「できる」 2. 指示が「通じる」. 3. 記憶・理解のいずれかが「できない」以外 4. 問題行動のいずれかが「ない」以外 A 移動が「全介助」	立ち上がり 1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 移乗 1. 自立 2. 見守り等 A生活環境における段差の解消は不要

主治医から得た情報やサービス担当者会議での意見をふまえた状態像(該当するものに○)

1. 日や時間帯によって状態が変動しやすい。 2. 状態の急激な悪化が見込まれる。 3. 症状の重篤化を回避できる。	主治医:
--	------

※福祉用具貸与により、利用者等は日常生活をどう変えたいか(維持したいか)、を記入。

--

保険者確認欄

確認日	確認者
年 月 日	

※サービス担当者会議の記録及びケアプランを添付して申請。ケアマネの意見、福祉用具貸与専門員の意見が担当者会議記録の中に明記されていること。