

軽度者に対する福祉用具貸与のための理由書

(あて先) 泉大津市長

居宅介護(介護予防)支援事業所名 _____

計画作成担当者 _____ (印)

担当者連絡先(電話番号) _____

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の指定(介護予防)福祉用具貸与を居宅(介護予防)サービス計画に位置付けるため必要な事項を以下のとおり届出します。 ※添付書類はホームページを参照ください。

作成日: 平成 年 月 日

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
住 所	〒 _____	電 話 (_____)	
生 年 月 日	M・T・S 年 月 日 (_____ 歳)		
要 介 護 度 等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (貸与利用開始日又は予定日 年 月 日)		
認 定 調 査 実 施 日	平成 年 月 日		

貸 与 品 目 (必要な貸与品目に○を付けてください)	
1 車いす	2 車いす付属品
5 床ずれ防止用具	6 体位変換器
8 移動用リスト(釣り具の部分除く)	9 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)
3 特殊寝台	4 特殊寝台付属品
7 認知症老人徘徊感知機器	
医師の医学的所見 (原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可)	<p>【主治医名】(_____) 【医療機関名】(_____)</p> <p>【所見の確認方法】 <input type="checkbox"/>医師からの意見聴取 <input type="checkbox"/>診断書 <input type="checkbox"/>主治医意見書 ※該当するものに☑をつけてください 平成 年 月 日</p> <p>【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものに☑をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/>疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者 (例: パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等)</p> <p><input type="checkbox"/>疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者 (例: がん末期の急速な状態悪化等)</p> <p><input type="checkbox"/>疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断される者 (例: 呼吸不全・心不全・誤嚥性肺炎の回避等)</p> <p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p>
ケアマネジャーの意見	※福祉用具貸与による有効性と自立への阻害性

※やむを得ない事情で理由書の提出が遅れる場合は下記の欄に理由等記載してください。

【提出が遅れる理由について】

厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 31号イに該当する者

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす 及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3. できない」
	(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	ケアマネジメントで判断
イ 特殊寝台 及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」
	(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び 体位変換器	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外又は 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか 「1. ない」 以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む
	(二)移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 「3. できない」
	(二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3. 一部介助」 又は「4. 全介助」
	(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	ケアマネジメントで判断
カ 自動排泄処理装置 (交換可能な部品を除く)	次のいずれにも該当する者 (一)移乗が全介助を必要とする者 (二)排便が全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4全介助」 基本調査2-6 「4全介助」