軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 要介護(支援)状態区分 | □認定申請中　　□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２ | | |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸与を予定している福祉用具  (該当する種目にチェックすること) | □車いす及び車いす付属品　　□特殊寝台及び特殊寝台付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換機　　□認知症老人徘徊感知機器  □移動用リフト(つり具の部分を除く)　　□自動排泄処理装置 | |
| 医師の医学的所見  （該当するものにチェックすること） | □①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、頻繫に利用者等告示第31号イに該当する者  □②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号イに該当することが確実に見込まれる者  □③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号イに該当すると判断できる者 | |
| 対象者の疾病名 |  | |
| 対象者の心身の状態・福祉用具が必要な理由 |  | |
| 医学的所見を聴取した  医師名等 | 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| 聴取日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |