

指定(介護予防)福祉用具貸与理由書 (平成24年度改定対応)

大阪市長

医師の医学的所見に基づき、次の利用者の居宅(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置付けることについて申し出ます。

【基本情報】

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				要介護認定 (該当に○)	要支援					要介護									
生年月日	明	・	大		・	昭	年	月	日	1・2					1・2・3・4・5				
年齢	歳	性別	男・女		新規申請中 ・ 区分変更申請中														
認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	現在の認定にか かる訪問調査日									
住所																			

計 画 作 成 担 当 者	作成日	平成 年 月 日													
	所属事業所	名称及び 代表者名													
		住所													
		電話番号													
フリガナ															
氏名・印														○	
確認	区地域包括支援センター	確認者氏名・印													○

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に☑

<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換機	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

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可 (☑は必須)	主治医名													
	医療機関名													
	【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものに☑													
	<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によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者													
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者													
	<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第95号告示第25号のイに該当すると判断される者													
【原因となる疾病等】														
【当該利用者の具体的状態像】														

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】(つづき)

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	<p>【福祉用具専門相談員の意見】</p> <p>福祉用具専門相談員氏名 ()</p> <p>指定福祉用具貸与事業所名 ()</p> <p>【サービス担当者会議開催日】 平成 年 月 日</p> <p>【サービス担当者会議出席者】 ※出席には書面による照会回答分も含む。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人</p> <p><input type="checkbox"/> 家族、同居人</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員</p> <p><input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供事業者</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【サービス担当者の意見の要約】</p> <p>【本人・家族の意向】</p>
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	

※ 作成にあたっては、以下の項目に留意してください。(内容に疑義があるときは、本市から照会することがあります。)

- 1 本書は、例外給付品目の変更及びその数量に追加が生じた場合、あるいは居宅介護(介護予防)支援事業所が変更になった場合については、再度作成し提出してください。
- 2 本書は、保険者(市町村長)に提出するとともに、その写し(保険者確認後の写し)をサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。

【大阪市確認欄】

確認年月日	平成 年 月 日
確認印	