

軽度者に係る福祉用具貸与選定連絡表

令和 年 月 日提出

被保険者番号	0 0 0 0 0	要介護状態区分	要介護状態区分 要介護1 要支援2 要支援1	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
被保険者氏名			生年月日	年 月 日
住 所	知立市		TEL	
種目及び 判断基準 ※該当するものを○ で囲んでください。	ア 車いす及び車いす付属品 (付属品)	1 日常的に歩行が困難な者		基本調査1-7 3. できない
		2 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		ケアマネージャー判断
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (付属品)	1 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
		2 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	日常的に寝返りが困難な者		基本調査1-3 3. できない
	エ 認知症老人徘徊感知器 (①~②のいずれにも該当する者)	① 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある (次のいずれかに該当する)		基本調査3-1 1以外
		② 移動において全介助を必要としない		基本調査3-2~7 のいずれか 2
				基本調査 3-8~4-15の いずれか 1以外
				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
				基本調査2-2 4以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く) (段差解消)	1 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	
	2 移乗が一部介助または全介助を必要とするもの		基本調査2-1 3または4	
	3 生活環境において段差の解消が必要と認められるもの		ケアマネージャー判断	
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	1 排便が全介助を必要とする者		基本調査2-6 4. 全介助	
	2 移乗が全介助を必要とする者		基本調査2-1 4. 全介助	
作成者 (介護支援専門員)	事業所名	TEL		
	氏 名	介護支援専門員登録番号 第 号		

市役所確認欄	備 考