

軽度者に係る福祉用具貸与選定理由書

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		
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	ア 車いす及び車イス付属品 〔付属品〕		ウ 床ずれ防止用具および体位交換器		エ 認知症老人徘徊感知機器			
	イ 特殊寝台および特殊寝台付属品 〔付属品〕		オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）		カ 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)			
該 当 基 準 (医師が判断したもの)	i 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、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者 ii 疾病その他の原因により、病状が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 iii 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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者							
疾病名及び心身の状態 <small>例)パーキンソン病、末期がん等</small>								
医師の医学的な所見 サービス担当者会議において必要と認めた理由 (被保険者の心身の状況及び日常生活から、福祉用具を必要とする選定理由を記入してください。)	確認方法 ※○で囲む	1 主治医意見書		2 診断書		3 医師からの意見聴取		
	医師の氏名			医療機関名				
	医師の所見 (医師から意見聴取した場合)							
	*添付書類 居宅サービス計画書(第1~5表)・介護予防にかかる関連様式							
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		

※市役所記入欄

審査結果	市役所確認欄	備考
可 ・ 否		