

軽度者に係る福祉用具貸与選定連絡表

年 月 日提出

被保険者番号	00000				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	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				ケアマネジャー判断	
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	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	
						基本調査3-2~3-7 2. できない	
						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	
	オ 移動用リフト(つり具の部分を除く)(段差解消)	② 移動において全介助を必要としない				基本調査2-2 4以外	
		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				ケアマネジャー判断	
作 成 者 (介護支援専門員)	事業所名	Tel					
	氏 名				実務研修修了証明番号		
					第 号		

市役所確認欄	備 考