

収受印

福祉用具貸与確認依頼書

令和 年 月 日

(あて先) 小田原市長

依頼者 事業所番号
所在地
事業所名称
電話番号 ()
担当介護支援専門員氏名

次のとおり福祉用具貸与の種目のうち、対象外種目の貸与について確認を依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ									生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
	氏名									性別	男・女
	現在の要介護 状態区分等	要介護1・要介護2・要介護3・申請中				認定(申請)年月日				平成・令和 年 月 日	
		有効期間				平成・令和 年 月 日	から 令和 年 月 日まで				
	第95号告示第25号のイで定める状態像 直近の訪問調査の基本調査の結果等				調査年月日	平成・令和 年 月 日					
					基本調査	- :					
					基本調査	- :					

確認依頼 種目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
該当する 状況	<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帯によって、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号のイに該当するに至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できる者
疾病等	福祉用具貸与が必要となる直接の原因の傷病名及び発症年月日 1. _____ 発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃) 2. _____ 発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃) 福祉用具貸与が必要となる直接の原因の傷病の経過、身体状況及び今後の見通し
医師との 連携	医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 医療機関所在地 _____ 医学的な所見 確認日 平成・令和 年 月 日 確認方法 面談・電話・FAX・主治医意見書等の文書 その他 () 医療機関担当者の職・氏名

上記の内容及び添付資料について確認しました。

確認印

添付資料

① 医師の医学的な所見が分かるもの

- ・居宅サービス計画書 第5表 居宅介護支援経過の当該部分の写し等
- ・主治医意見書に記載のある場合は写しの提出は必要ありませんが、「医師との連携」欄の「主治医意見書等の文書」に必ず○を付けてください。

② サービス担当者会議を開催するにあたって作成した居宅サービス計画の利用者・家族の同意が確認できるもの)

- ・居宅サービス計画書(1) 第1表、居宅サービス計画書(2) 第2表及び週間サービス計画表 第3表

③ サービス担当者会議における検討内容がわかるもの

- ・居宅サービス計画書 第4表 サービス担当者会議の要点の写し