## 指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

(宛先) 池田市長

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅(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、以下のとおり届出します。

											年	F	1	日	
	居宅介護	<b> (</b> )	<b>~</b> 下護予	防)支	を援事	業所名									
担当者名															
被保険者番号 被保険者氏名									<u> </u>						
=															
住所		'													
		電話	<del>i</del> (	_		_		)							
<u> </u>		大亚	E・昭和	]		年		月		日	(		歳)		
		口要	更支援 1		支援		介護	1					非泄処	理装置のあ	み)
認定有効期間				年	<u>月</u>		~	•	年	J	<b>月</b>	日			
認定調查等	美施日			年	月	日									
【必要な	な福祉用具	具の種	種類】	<b>※必</b>	要な負	貸与品目	I=C	)をつ	けて下	さい。					
	1		び車いす付属品								定老人	、徘徊愿	以知器		
	特殊寝台	及び	及び特殊寝台付属品							移動用リフト					
	月具及び体位変換器							自動排泄処理装置							
【医師の医学的所見】															
			主治医	 €名											
			医療機	 終朗夕											
			区/泉/版												
			【例外的貸与基準の該当性】※該当するものにチェックすること												
			□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、									って、			
			頻繁に第 94 号告示第 31 号のイ(※)に該当する者。 □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 94 号告示												
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			第31号のイ(※)に該当することが確実に見込まれる者。												
			口疾病その他の要因により、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(※)に該当すると判断される者。   ※「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」(平成 27 年厚生労働省告示第 94 号)												
			【ぶ囚こなる沃州寺】												
の添付に替えても可		PJ													
			【当該利用者の具体的状態像】												

## 【サービス担当者会議の開催状況】

家族による介護・支援 の状況	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】 年 月 日 【ケアプラン作成担当者】 氏 名 ( ) ) (注)要支援者で計画原案を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載して下さい。 【サービス担当者会議出席者】 □本人 □家族等 □主治医 □福祉用具専門相談員 □サービス提供事業者 □計画作成担当者 □その他 ( ) ) 【福祉用具専門相談員の意見】  福祉用具専門相談員氏名 ( ) ) (福祉用具貸与事業所 ( ) ) 【サービス担当者の意見の要約】
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	
	【池田市確認欄】 確認印

- (注) 1. 本理由書は認定更新、プラン作成事業所の変更、福祉用具の追加があった場合などには再度作成の うえ、提出して下さい。(注意事項「軽度者の福祉用具貸与理由書について」も参照下さい)
  - 2. 本理由書は池田市に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とあわせて居宅介護 (介護予防)支援事業所において保管して下さい。