

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 ____月 ____日

居宅介護(介護予防)支援事業所名

担当者名

被保険者番号		被保険者氏名	
住所	〒 _____ 電話 (_____)		
生年月日	大正・昭和 _____年 ____月 ____日 (____歳)		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2・3 (自動排泄処理装置のみ)		
認定有効期間	_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日		
認定調査実施日	_____年 ____月 ____日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○をつけて下さい。

	車いす及び車いす付属品		認知症老人徘徊感知器
	特殊寝台及び特殊寝台付属品		移動用リフト
	床ずれ防止用具及び体位変換器		自動排泄処理装置

【医師の医学的所見】

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 の添付に替えても可	主治医名	
	医療機関名	
	<p>【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</p> <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によって、頻繁に第94号告示第31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94号告示第31号のイ(※)に該当することが確実に見込まれる者。 <input type="checkbox"/> 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)	

【原因となる疾病等】

【当該利用者の具体的状態像】

