

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。

令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
認定調査実施日	令和 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機器
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> <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。</p> <p><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。</p> <p><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）</p>		
<p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p>		

【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	<p>【サービス担当者会議開催日】 令和 年 月 日</p> <p>【ケアプラン作成担当者】 氏名 () 所属事業所 ()</p> <p>(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。</p> <p>【サービス担当者会議出席者】 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族等 <input type="checkbox"/>主治医 <input type="checkbox"/>福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/>サービス提供事業者 <input type="checkbox"/>計画作成担当者 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【福祉用具専門相談員の意見】</p>
	福祉用具専門相談員氏名 () 福祉用具貸与事業所名 ()
	【サービス担当者の意見の要約】
	【本人家族の意向】
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. 本理由書提出時には、居宅サービス計画書（介護予防・サービス支援計画書）を添付ください。
 2. 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、提出してください。（注意事項「軽度者の福祉用具貸与理由書について」も参照ください）
 3. 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ください。