　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　習志野市長　あて

　　　　　　　　　　　　　事業所名

担当のケアマネジャーを記入

　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　－　　　　　－

「軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目の要否」確認依頼書

　このことについて、次のとおり医師の医学的な所見に基づき判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、要否につきまして確認を依頼します。

貸与する項目とケアプラン、担当者会議記録が一致するようにチェック

１．対象被保険者

　氏名

　被保険者番号

　要介護状態区分等　　□要支援１ 　□要支援２　　□要介護１ 　□新規申請中

　認定有効期間　　　　　　年　　　月　　　日 から 　　　　年　　月　　 日

　福祉用具の種目　　□　特殊寝台　　　　　　　　□　特殊寝台付属品

医師から聞き取った所見を記入

□　床ずれ防止用具　　　　　□　体位変換器

□　認知症老人徘徊感知機器　□　移動用リフト

□　自動排泄処理装置　（　□要介護２　 □要介護３　）

２．医師の医学的な所見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾病名 |  | |
| 該当する状態 | □　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、頻繁に告示で定める状態に該当する者  （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）  □　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める状態に該当するに至ることが確実に見込まれる者  （例：がん末期の急速な状態悪化）  □　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告示で定める状態に該当すると判断できる者  （例：肺疾患による呼吸不全） | |
| 状態を  確認した医師 | 医師への確認日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 | 確認した医師の情報を記入 |
| 医師の氏名 |  |

　　年　　月　　日

　　習志野市長　あて

　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　－　　　　　－

「軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目の要否」確認依頼書

　このことについて、次のとおり医師の医学的な所見に基づき判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、要否につきまして確認を依頼します。

１．対象被保険者

　氏名

　被保険者番号

　要介護状態区分等　　□要支援１ 　□要支援２　　□要介護１ 　□新規申請中

　認定有効期間　　　　　　年　　　月　　　日 から 　　　　年　　月　　 日

　福祉用具の種目　　□　特殊寝台　　　　　　　　□　特殊寝台付属品

□　床ずれ防止用具　　　　　□　体位変換器

□　認知症老人徘徊感知機器　□　移動用リフト

□　自動排泄処理装置　（　□要介護２　 □要介護３　）

２．医師の医学的な所見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾病名 |  | |
| 該当する状態 | □　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、頻繁に告示で定める状態に該当する者  （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）  □　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める状態に該当するに至ることが確実に見込まれる者  （例：がん末期の急速な状態悪化）  □　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告示で定める状態に該当すると判断できる者  （例：肺疾患による呼吸不全） | |
| 状態を  確認した医師 | 医師への確認日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 医師の氏名 |  |