

軽度者福祉用具貸与確認書

年 月 日

居宅介護支援事業者名		計画作成担当	
被保険者氏名		被保険者番号	

1. 福祉用具の品目ごとに掲げる状態・・・認定基本調査票で確認する。

品目 (□にチェック)	状態 (厚生労働大臣が定める者のイ関係) ...該当する条件にチェック
<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動カート <input type="checkbox"/> セニアカー <input type="checkbox"/> 車いす付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に歩行が困難な方 (基本調査1-7:歩行が「3.できない」)
	<input type="checkbox"/> ・日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断)
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に起きあがり困難な方 (基本調査1-4:起き上がりが「3.できない」)
	<input type="checkbox"/> ・日常的に寝返りが困難な方 (基本調査1-3:寝返りが「3.できない」)
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> ・日常的に寝返りが困難な方 (基本調査1-3:寝返りが「3.できない」)
	<input type="checkbox"/> ・意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある方 (基本調査3-1「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外、または基本調査3-2~3-7のいずれかが「3.できない」、または基本調査3-8~4-15のいずれかが「1.ない」以外) ※その他、主治医意見書に「認知症の症状がある」旨記載がある
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具部分を除く) ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・移動において全介助を必要としない方 (基本調査2-2:移動が「4.全介助」以外)
	<input type="checkbox"/> ・日常的に立ち上がりが困難な方 (基本調査1-8:立ち上がりが「3.できない」)
	<input type="checkbox"/> ・移乗の際、一部介助または全介助を必要とする方 (基本調査2-1:移乗が「3.一部介助」または「4.全介助」) <input type="checkbox"/> ・生活環境において段差の解消が必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断) ※段差解消器のみ
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (特殊尿器を除く) ※右の両方に該当 要介護3以下は確認必要	<input type="checkbox"/> ・排便において全介助を必要とする方 (基本調査2-6:排便が「4.全介助」)
	<input type="checkbox"/> ・移乗において全介助を必要とする方 (基本調査2-1:移乗が「4.全介助」)

2. 主治医意見 (下の内容につき、主治医意見聴取日時・内容を別紙により提出しても可)

支援が特に必要と判断される理由			
医療機関名		医師氏名	

上表に該当がない場合

3. 医師の医学的所見により福祉用具使用の必要性がある場合 (傷病名、具体的な症状を記入すること。)

チェック	状態 (厚生労働大臣が定める者のウ関係)			
<input type="checkbox"/>	i) 疾病その他の原因により状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に上表の状態になる方 (例: パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)			
	傷病名		具体的な症状	
<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上表の状態になると見込まれる方 (例: がん末期の急速な状態悪化)			
	傷病名		見込まれる状態	
<input type="checkbox"/>	iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的な判断から上表の状態と判断できる方 (例: 嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)			
	傷病名		想定される身体への危険症状の重篤化	
医療機関名		医師氏名		

居宅介護支援事業者名	〇〇事業所	計画作成担当	千葉 花子									
被保険者氏名	銚子 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6

1. 福祉用具の品目ごとに掲げる状態・・・認定基本調査票で確認する。

品目 (□にチェック)	状態 (厚生労働大臣が定める者のイ関係) ...該当する条件にチェック
<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動カート <input type="checkbox"/> セニアカー <input type="checkbox"/> 車いす付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に歩行が困難な方 (基本調査1-7:歩行が「3.できない」) <input type="checkbox"/> ・日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断)
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に起きあがり困難な方 (基本調査1-4:起き上がりが「3.できない」) <input type="checkbox"/> ・日常的に寝返りが困難な方 (基本調査1-3:寝返りが「3.できない」)
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> ・日常的に寝返りが困難な方 (基本調査1-3:寝返りが「3.できない」)
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 ※右の両方に該当	<input type="checkbox"/> ・意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある方 (基本調査3-1「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外、または基本調査3-2~3-7のいずれかが「3.できない」、または基本調査3-8~4-15のいずれかが「1.ない」以外) ※その他、主治医意見書に「認知症の症状がある」旨記載がある <input type="checkbox"/> ・移動において全介助を必要としない方 (基本調査2-2:移動が「4.全介助」以外)
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具部分を除く) ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に立ち上がり困難な方 (基本調査1-8:立ち上がりが「3.できない」) <input type="checkbox"/> ・移乗の際、一部介助または全介助を必要とする方 (基本調査2-1:移乗が「3.一部介助」または「4.全介助」) <input type="checkbox"/> ・生活環境において段差の解消が必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断) ※段差解消器のみ
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (特殊尿器を除く) ※右の両方に該当 要介護3以下は確認必要	<input type="checkbox"/> ・排便において全介助を必要とする方 (基本調査2-2:排泄が「4.全介助」) <input type="checkbox"/>

「1. 福祉用具の品目ごとに掲げる状態」で該当しなかった場合は、
 「2. 医師の医学的所見により福祉用具使用の必要性がある場合」に
 記載をしてください。
 △一番下の医師氏名欄等の記入を忘れずに。

2. 主治医意見 ()

支援が特に必要と
 判断される理由

医療機関名

医師氏名

上表に該当がない場合

3. 医師の医学的所見により福祉用具使用の必要性がある場合 (傷病名、具体的な症状を記入すること。)

チェック	状態 (厚生労働大臣が定める者のウ関係)				
<input checked="" type="checkbox"/>	i) 疾病その他の原因により状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に上表の状態になる方 (例: パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)	傷病名	〇〇〇〇	具体的な症状	△△△△、×××、□□□□
<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上表の状態になると見込まれる方 (例: がん末期の急速な状態悪化)	傷病名		見込まれる状態	
<input type="checkbox"/>	iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的な判断から上表の状態と判断できる方 (例: 嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)	傷病名		想定される身体への危険症状の重篤化	
医療機関名	〇〇病院		医師氏名	銚子 次郎	

居宅介護支援事業者名	〇〇事業所	計画作成担当	千葉 花子									
被保険者氏名	銚子 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6

1. 福祉用具の品目ごとに掲げる状態・・・認定基本調査票で確認する。

品目 (□にチェック)	状態 (厚生労働大臣が定める者のイ関係) ...該当する条件にチェック
<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動カート <input type="checkbox"/> セニアカー <input type="checkbox"/> 車いす付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に歩行が困難な方 (基本調査1-7:歩行が「3.できない」) <input checked="" type="checkbox"/> ・日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断)
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・日常的に起きあがり困難な方 (基本調査1-4:起き上がりが「3.できない」) <input type="checkbox"/> ・日常的に寝返りが困難な方 (基本調査1-2:寝返りが「3.できない」)
<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 ※右の両方に該当	車いすの「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる方」または、 移動用リフトの「生活環境において段差の解消が必要と認められる方」に該当する 場合は、中段「主治医意見」欄に記載してください。 ※その他、主治医意見書に「認知症の症状がある」旨記載がある
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具部分を除く) ※右のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> ・移動において全介助を必要としない方 (基本調査2-2:移動が「4.全介助」以外) <input type="checkbox"/> ・日常的に立ち上がりが困難な方 (基本調査1-8:立ち上がりが「3.できない」) <input type="checkbox"/> ・移乗の際、一部介助または全介助を必要とする方 (基本調査2-1:移乗が「3.一部介助」または「4.全介助」) <input type="checkbox"/> ・生活環境において段差の解消が必要と認められる方 (主治医意見を踏まえ、サービス担当者会議の結果、ケアマネジャーが判断) ※段差解消器のみ
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (特殊尿器を除く) ※右の両方に該当 要介護3以下は確認必要	<input type="checkbox"/> ・排便において全介助を必要とする方 (基本調査2-6:排便が「4.全介助」) <input type="checkbox"/> ・移乗において全介助を必要とする方 (基本調査2-1:移乗が「4.全介助」)

2. 主治医意見 (下の内容につき、主治医意見聴取日時・内容を別紙により提出しても可)

支援が特に必要と判断される理由	〇〇であるため。		
医療機関名	〇〇病院	医師氏名	銚子 次郎

上表に該当がない場合

3. 医師の医学的所見により福祉用具使用の必要性がある場合 (傷病名、具体的な症状を記入すること。)

チェック	状態 (厚生労働大臣が定める者のウ関係)			
<input type="checkbox"/>	i) 疾病その他の原因により状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に上表の状態になる方 (例: パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)	傷病名	具体的な症状	
<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因 (例: がん末期の急速な状態になる) 状態になると見込まれる方	傷病名		
<input type="checkbox"/>	iii) 疾病その他の原因 状態と判断できる 回避等医学的な判断から上表の	傷病名	想定される身体への危険症状の重篤化	
	医療機関名		医師氏名	

3 は記入不要