

軽度者の指定福祉用具貸与に係る報告書

令和 年 月 日

西都市長 殿

事業所名

電話番号

介護支援専門員氏名

下記の者は95号告示第七十九号において準用する第二十五号のイ(95号告示第二十五号のイ)で定める状態像に該当するため、指定介護予防福祉用具貸与費(指定福祉用具貸与費)を算定することを報告します。

被保険者番号		被保険者名	
性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所			
要介護状態区分		認定期間	～
医療機関名		担当医師名	
福祉用具種別及び利用者の状態像			
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者		
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者		
<input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を要する者、かつ移乗が全介助を要する者		
その他特記事項			

※自動排泄処理装置については、要介護3以下の者が確認対象となる。また、尿のみ自動的に吸引する機能のものは「軽度者の指定福祉用具貸与に係る理由書」にて確認する。