

軽度者の指定福祉用具貸与に係る理由書

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

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"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)		<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者	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 ※尿のみを自動的に吸引する機能のもの		<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	
福祉用具を必要とする判断基準			
<input type="checkbox"/> I 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者			
<input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者			
<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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者			
その他特記事項			

(添付書類)

- 居宅(介護予防)サービス計画書の写し
- サービス担当者会議の内容を記録した議事録等
- 「医師の意見(医学的な所見)」の記録された書類
- その他 ()