

福祉用具貸与の可否確認書

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者氏名	墨田 花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
住 所	墨田区吾妻橋1-23-20											
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ <u>要介護2</u> ・ 要介護3 <small>(自動排泄処理装置のみ)</small>											
認定有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日											

福祉用具貸与の可否		認定調査結果の確認
車いす(付属品含む)	可	<input checked="" type="radio"/> 日常的に歩行が困難な者 (基本調査1-7歩行が「できない」) <input type="radio"/> 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
ベッド(付属品含む)		<input type="radio"/> 日常的に起きあがり困難な者 (基本調査1-4起き上がりが「できない」) <input type="radio"/> 日常的に寝返りが困難な者 (基本調査1-3寝返りが「できない」)
床ずれ防止用具 体位変換器		<input type="radio"/> 日常的に寝返りが困難な者 (基本調査1-3寝返りが「できない」)
徘徊感知器		次のいずれにも該当する者
		<input type="radio"/> 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者 <small>(基本調査3-1意思の伝達が「できる」以外又は3-2~3-7のいずれかが「できない」 又は3-8~4-15のいずれかが「ない」以外)</small>
移動用リフト (つり具の部分を除く)		<input type="radio"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 (基本調査1-8立ち上がりが「できない」) <input type="radio"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <small>(基本調査2-1移乗が「一部介助」又は「全介助」)</small>
		<input type="radio"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(段差解消機のみ)
自動排泄処理装置 (尿のみを自動吸引する機能のものを除く)		次のいずれにも該当する者
		<input type="radio"/> 排便において全介助を必要とする者 (基本調査2-6排便が「全介助」) <input type="radio"/> 移乗において全介助を必要とする者 (基本調査2-1移乗が「全介助」)

サービス担当者会議 (〇〇年〇〇月〇〇日開催) での確認事項 等

ご利用者様(〇〇歳)は、 〇〇年に両膝変形性膝関節症の診断を受け、〇〇年に骨粗しょう症、
 〇〇年に多発性脳梗塞を発症、病状は軽度であったが、膝痛があり、歩行時に「膝折れ」があることから、
 室内での「伝い歩き」でも転倒があり、歩行の「不安」が強い状態にある。

以上の状態から日中も横になって過ごすことが多く、両下肢の筋力低下が顕著であることから

- 1 外出の機会は週2回以上確保することが必要であること (閉じこもり予防、健康管理)
- 2 外出時の安全の確保には車椅子(付属品含む)の利用が不可欠であること (安全な生活空間の拡大)

以上の2点が確認された。

居宅介護支援事業所名	〇〇高齢者支援総合センター
担当ケアマネジャー名	墨田 太郎
連絡先電話番号	〇〇-△△△△-□□□□