

福祉用具貸与の可否確認書

年 月 日

被保険者氏名		被保険者番号							
住 所	墨田区								
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 (自動排泄処理装置のみ)								
認定有効期間	年 月 日		~	年 月 日					

福祉用具貸与の可否	認定調査結果の確認
車いす	<input type="checkbox"/> 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="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
ベッド	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 次のいずれにも該当する者 <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>
	<input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者 (基本調査2 - 2移動が「全介助」以外)
	<input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要とする者 (基本調査2 - 1移乗が「一部介助」又は「全介助」)
移動用リフト (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 (基本調査1 - 8立ち上がりが「できない」) <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 次のいずれにも該当する者
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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(年	月	日	開催)	での確認事項 等
------------	---	---	---	-----	----------

居宅介護支援事業所名	
担当ケアマネジャー名	
連絡先電話番号	