

福祉用具貸与が必要な理由書(移動用リフト)

作成日	令和 年 月 日		計画有効期間(1年)令和 年 月分から令和 年 月分まで															
被保険者	氏名						年齢		被保険者番号							要介護認定	要支援 1 2 要介護1	
	住所	南丹市										福祉用具貸与希望の意思確認	済・未・不明					
種目	移動用リフト		品名											該当	別紙添付			
別に厚生労働大臣が定める者の状況	オ(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者																	
福祉用具貸与に関する意見	職種	氏名	意見徴収方法	作成・確認日	意見										別紙添付			
	主治医		意見書	年 月 日														
			聴取り	年 月 日														
	PT		意見書	年 月 日														
			聴取り	年 月 日														
	その他		意見書	年 月 日														
			聴取り	年 月 日														
	サービス担当者会議			出席者名														
	開催日	年 月 日																
	福祉用具の貸与を必要としている理由	アセスメント																
利用者の状況																		
福祉用具の必要性																		
申請確認欄	<input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 認定調査票(写) <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類(医師に聴取した所見の記録、主治医意見書(写)、診断書(写)) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録(写) <input type="checkbox"/> ケアプラン 第1表、第2表(介護予防プラン(1)(2))(写) <input type="checkbox"/> 貸与する福祉用具のパフレット																	

移動用リフトの貸与について上記の内容より 該当し と判断します。

事業所名・担当居宅介護支援専門員氏名

