

福祉用具貸与が必要な理由書(床ずれ防止用具等)

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	床ずれ防止用具及び体位変換器		品名											該当	別紙添付					
医学的所見	(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、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者											要							
	(ii)	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者											要							
	(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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者											要							
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																			
アセスメント																				
福祉用具の貸与を必要としている理由	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																			

床ずれ防止用具及び体位変換器の貸与について上記の内容より、医学的所見 \_\_\_\_\_ に該当し \_\_\_\_\_ と判断します。

事業所名・担当居宅介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

