軽度者の必要となる福祉用具貸与に関する届出

年 月 日

磐田市長

居宅介護(介護予防)支援事業所名

住 所

代表者

電話番号

ケアマネ氏名(自筆)

次に記載の被保険者に対して福祉用具が必要ですので、次のとおり届出します。

被保険者	氏名				生年	月日	年	月	日
	住所				電話	番号			
被保険者番号									
介護認定状況	認定区分	有効期間	f	年	月	日から	年	月	目
必要となる事例類型	I 状f	態の変化	П	急性	増悪	Ш	医師の	判断	
必要となる福祉用具									
必要となる疾病や受									
給者の状態等の内容									
(概略)									
添付書類	1. 【要:	介護者】							
	居宅サービス計画書 第1~4表 □								
	【要支援者】								
	介護予防サービス・支援計画書 □								
	介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む) □								
	2. 医学的所見を確認できる書類								
	(1)	上治医意見書 □							
	(2)	医師診断書 □							
	(3) 2	その他 □							
	()			
	*事例類	型「皿医師の判断][: -	いて	は、福	祉用具の	必要性に	ついて	医師
	の医学的所見による判断の記載が必要となります。								

注意事項

「必要となる事例類型」は、〔別紙〕を参考に I ~Ⅲのうちいずれかに○をつけてください。 「添付書類」は、1は必須、2は(1)~(3)いずれかを添付してください。

[別紙]

事例類型	必要となる福祉用具	事 例 内 容 (概略)					
I状態の変化	• 特殊寝台	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・					
	・床ずれ防止用具、体	症候の軽快・増悪を起こす現象(ON・OFF 現象)					
	位変換器	が頻繁におき、日によって、告示で定める福祉					
	・移動用リフト	用具が必要な状態となる。					
	• 特殊寝台	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方					
	・床ずれ防止用具、体	に強くなり、時間帯によって、告示で定める福					
	位変換器	祉用具が必要な状態となる。					
	・移動用リフト						
Ⅱ 急性増悪	・特殊寝台	末期がんで、認定調査時は何とか自立していて					
	・床ずれ防止用具、体	も、急激に状態が悪化し、短期間で告示で定め					
	位変換器	る福祉用具が必要な状態となる。					
	・移動用リフト						
Ⅲ 医師の判断	・特殊寝台	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一					
		定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危					
		険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性					
		を医師からも示されている。					
	・特殊寝台	重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激					
		な動きをとらないようにし、心不全発作の危険					
		性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を					
		医師からも示されている。					
	・特殊寝台	重度の逆流性食道炎(嚥下障害)で、特殊寝台の					
		利用により、一定の角度に上体を起こすことで、					
		誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。特					
		殊寝台の必要性を医師からも示されている。					
	・床ずれ防止用具、体	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リス					
	位変換器	クが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ず					
		れの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止					
		用具の必要性を医師からも示されている。					
	・移動用リフト	人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立					
		ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要があ					
		る。移動用リフトの必要性を医師からも示され					
		ている。					
L	I						