

作成日	令和元年5月1日		計画有効期間(1年)令和元年 5月分から令和2年 4月分まで				
被保険者	氏名	南丹 太郎		計画有効期間欄については、福祉用具を貸与する期間を記入してください。 ③認定有効期間ではありません。	要支援 1 ② 要介護 1		
	住所	南丹市小桜町47番地			済・未・不明		
種目	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	品名	ミオレットII 2モータータイプ、HRオリジナルマットレス、サイドレール KS-161Q		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	意見書やケアマネジメント等の書類で同じ内容のものがあれば添付に○をつけてコピーの添付で可	○	
			聴取り	年 月 日			医師がサービス担当者会議に出席する場合は当日の確認でも可
	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		福祉用具専門相談員、主治医の出席が望ましいが欠席の場合は事前確認で可				
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	・現在の身体状況と福祉用具の使用状況について ・そのほかのサービス・福祉用具の利用状況について					
	福祉用具の必要性	・福祉用具を利用するしない時と比べ、自立した生活ができ、生活行為の幅が広がる内容等を記載する ・主治医から得た情報や、サービス担当者会議等の結果を踏まえたケアマネジャーの意見					
申請確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(マークシート)(写) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録(写) <input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン 第1表、第2表(介護予防プラン(1)(2))(写) <input checked="" type="checkbox"/> 貸与する福祉用具のパンフレット(写可)						

特殊寝台及び特殊寝台付属品の貸与について上記の内容より、医学的所見 (ii) に該当し 必要 と判断します。

事業所名・担当居宅介護支援専門員氏名

〇〇事業所 〇〇 〇〇 印