

(宛先)

伊奈町いきいき長寿課長

所在地
事業所名
管理者名

印

軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与の例外給付に関する確認について（確認依頼申請書）

下記の被保険者について、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントの結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

記

1 福祉用具貸与を予定している被保険者

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|--------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度等 (該当に○) | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | | | | | | | | | | |
| | 認定申請中 (申請日: 年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |

2 福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具

| | | |
|----------------|--|-----------------------------------|
| 対象品目 (該当に○) | ア. 車いす及び車いす付属品 ウ. 床ずれ防止用具及び体位変換器 オ. 移動用リフト | イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品 エ. 認知症老人徘徊感知器 |
| 利用開始日 | 年 月 日 | |

3 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック）

- (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「厚生労働大臣が定める利用者等」（平成24年厚生労働省告示第95号 第25号のイ）に該当する者
- (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95号告示 第25号のイに該当することが確実に見込まれる者
- (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95号告示 第25号のイに該当すると判断できる者

次ページ又は裏面も記載してください。

4 確認概要

| | | | | |
|---------|---------------------------------|---------------------------|----------------|--|
| 医師からの所見 | 確認日 | 年 月 日 | 確認者(担当介護支援専門員) | |
| | 確認方法 | 主治医意見書 診断書 主治医意見聴取 その他() | | |
| | 医師氏名 | (所属医療機関名) | | |
| | 診断名 | | | |
| | ----- | | | |
| | ----- | | | |
| | 状況等(「3」でチェックを入れた該当区分についての具体的状況) | | | |
| ----- | | | | |
| ----- | | | | |
| ----- | | | | |

5 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

| | | |
|--------------|-------|-------|
| サービス担当者会議開催日 | 年 月 日 | |
| サービス担当者会議出席者 | 氏 名 | 職・資格 |
| | ----- | ----- |
| | ----- | ----- |
| サービス担当者会議内容 | ----- | |
| ----- | | |
| ----- | | |
| ----- | | |

※1 提出書類

- ①確認依頼申請書
- ②医学的な所見の確認書類(写)
- ③サービス担当者会議の記録(写)
- ④居宅サービス計画書1表、2表又は利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書の写し

※2 記載欄が足りない場合は、適宜、別の用紙に記載してください。

担当介護支援専門員氏名：

連絡先電話番号：

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

| | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 |
|--------------------|--------|----|--------|----|--------|----|
| 会議出席者 | | | | | | |
| 検討した項目 | | | | | | |
| 検討内容 | | | | | | |
| 結論 | | | | | | |
| 残された課題 (次の開催時期) | | | | | | |

伊奈町医療・介護連携シート 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----|---|------|--|---|--|
| 担当医 | ↔ | ケアマネ | <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハ |
|-----|---|------|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| 医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医 _____ 電話番号 _____ FAX 番号 _____ | → | 居宅介護支援事業所名 _____ 所在地 _____ 担当者 _____ 電話番号 _____ FAX 番号 _____ |
|---|---|--|

関係機関で開示した情報を共有することについて同意します。

令和 年 月 日 本人氏名 () 代筆 () 続柄 ()

| | | | | | | |
|--------------------------|----|------------------------|---------------|---------------|---------|----------------------|
| フリガナ 利用者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | T・S・H 年 月 日 歳 | | |
| 利用者住所 | | | 電話番号 | | | |
| | | | 要介護度等 | 事業対象者 | 要支援 1・2 | |
| | | | 要介護 1・2・3・4・5 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 住所 | | 家族構成 (キーパーソン☆ 主介護者★) |
| | ① | | | | | |
| | ② | | | | | |
| 現在受診している医療機関 | | 担当医師 | 治療内容 | | | |
| | | | | | | |
| 訪問、薬剤師、介護事業所 | | 担当者 | 電話番号 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ①病名 | | ②既往歴 | | ADL | | |
| | | | | | | |
| ③皮膚疾患 ・有り () ・無し | | ④禁忌・特記事項 | | | | |
| | | | | | | |
| ⑤アレルギー ・有り () ・無し | | ⑥感染症 ・有り () ・無し | | | | |
| | | | | | | |

○相談内容

○返信欄 (令和 年 月 日)

第1表

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 年 月 日

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 様 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成 (変更) 日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型の理由
 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 (

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

