

## 軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与に関する確認書

被保険者名	被保険者番号
フリガナ	
生年月日	要支援・要介護状態区分
年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3
被保険者住所	
福山市 町 丁目 番 号 番地	
福山市長様 （介護予防）福祉用具貸与をサービス計画に位置付ける必要があると判断しましたので、確認をお願いします。  [ 年 月 日 ]	
届出者	
区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 指定複合型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者
事業所の名称	
所在地又は住所	（〒 - ） 福山市 町 丁目 番 号 番地
サービス計画作成担当者名	
電話番号	（ ） -
貸与品目 ※参考「福祉用具を必要とする状態」（裏面掲載）	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器（※GPS機能は対象外） <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 （ 車いす，車いす付属品は確認書不要 ）
貸与事業所名	

医師の医学的な所見	
確認資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
	<input type="checkbox"/> 医師の診断書
	<input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員等が聴取した居宅（介護予防）サービス計画に記載する医師の所見
医療機関（医師）名	（ 医師名 ）
確認日	年 月 日
状態像	
<input type="checkbox"/>	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「福祉用具を必要とする状態」に該当する者 例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
<input type="checkbox"/>	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「福祉用具を必要とする状態」に該当するに至ることが確実に見込まれる者 例：がん末期の急速な状態悪化
<input type="checkbox"/>	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「福祉用具を必要とする状態」に該当すると判断できる者 例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避
疾病名	
心身の状態	

※ 例示以外にも i)～iii) の状態であると判断される場合もある。

※ 疾病名・心身の状況は確認した資料、及びアセスメント等の確認状況から転記して記載すること。

サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント	
貸与開始日	年 月 日
[事後届出の場合] <input type="checkbox"/> 速やかな介護サービス提供の必要性 <input type="checkbox"/> 介護度決定後 <input type="checkbox"/> その他（ ）←※特段の事情がない場合、確認資料を添付	
サービス担当者会議	開催（照会）日 年 月 日
	出席（回答）者

※ 確認資料：医師の医学的所見を確認した資料の写し、及び福祉用具が必要と判断したサービス担当者会議に係る資料の写し

福祉用具を必要とする状態 ※認定調査結果で該当する場合は確認書不要	
車いす 車いす付属品	・日常的に歩行が困難 ・日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる
特殊寝台 特殊寝台付属品	・日常的に起きあがり困難 ・日常的に寝返りが困難
床ずれ防止用具 体位変換器	・日常的に寝返りが困難
認知症老人徘徊 感知機器	・意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障があり、移動において全介助を必要としない
移動用リフト (つり具の部分を除く。)	・日常的に立ち上がりが困難 ・移乗が一部介助又は全介助を必要とする ・生活環境において段差の解消が必要と認められる
自動排泄処理 装置	・排便が全介助を必要とする ・移乗が全介助を必要とする

## 【※福山市記入欄】

受付	
介護保険課・	支所
受付者名	
認定状況	
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2
<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2
<input type="checkbox"/> 要介護3	
有効期間	
年 月 日～	
年 月 日	
(確認印)	