

年 月 日

(宛先) 江別市長

事業所所在地

事業所名

管理者名

## 市 町 村 確 認 依 頼 書

福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、福祉用具貸与が必要であると判断しましたので確認を依頼します。

<b>1. 被保険者情報</b>			
被保険者番号		氏 名	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1	<input type="checkbox"/> 要支援 2	<input type="checkbox"/> 要介護 1
検討対象となる 福祉用具貸与種目 及び 直近の認定 基本調査結果	<input type="checkbox"/> 車いす	基本調査 1-7 (日常的な歩行) が「できない」場合は提出不要 <small>※日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者については、該当する調査項目がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントによりケアマネジャーが判断してください。</small>	
	<input type="checkbox"/> 車いす付属品		
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	次のいずれかに該当する場合は提出不要 ①基本調査 1-4 (起き上がり) が「できない」 ②基本調査 1-3 (寝返り) が「できない」	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品		
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	基本調査 1-3 (寝返り) が「できない」場合は提出不要	
<input type="checkbox"/> 体位変換器			
<input type="checkbox"/> その他 種目:		基本調査結果:	
<b>2. 担当医 (主治医) 及び医師の医学的所見による判断内容</b>			
医師名		医療機関名	
連絡先	TEL ( )	FAX ( )	
該当する状態	<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、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者 (予防: 第94号告示第88号において準用) <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 (予防: 第94号告示第88号において準用) <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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者 (予防: 第94号告示第88号において準用)		
病 名			
<b>3. サービス担当者会議情報</b>			
開催日	年 月 日		
会議の概要	別添資料のとおり		
<b>4. 添付書類 (いずれも写しを添付すること)</b>			
<input type="checkbox"/> 居宅 (介護予防) サービス計画書 (1~3表) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議記録 <input type="checkbox"/> 担当医からの聴取内容を記載した支援経過記録 (6表) ※主治医意見書または診断書がある場合は必ず添付してください。			
事業所番号		担当者名	
連絡先	住所:	TEL ( )	