

軽度者の福祉用具貸与算定に関わる記録表

被保険者名	0	0	0							
利用者の状態像 (i～iiiに○をつけ、 具体的状況は下記該当 欄に○をつけること)	<ul style="list-style-type: none"> 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、頻繁に利用者等告示第31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、短期間のうちに利用者等告示第31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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者 									
対象外種目	厚生労働大臣が定める者（利用者等告示第31号）のイ									該当
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者									
	(一) 日常的に歩行が困難な者									
	(二) 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									
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者									
	(一) 日常的に起きあがり困難な者									
	(二) 日常的に寝返りが困難な者									
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者									
エ 認知症老人 徘徊感知器	次のいずれかに該当する者									
	(一) 意思の伝達・介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者									
	(二) 移動において全介助を必要としない者									
オ 移動用リフト	次のいずれかに該当する者									
	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者									
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者									
	(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者									
カ 自動排泄処理装置	次のいずれかに該当する者									
	(一) 排便が全介助を必要とする者									
	(二) 移乗が全介助を必要とする者									
使用予定開始日	年 月 日 ・ 継続利用									

利用者の状態像が表の i ~ iii までのいずれかに該当する旨についての医師の所見	情報収集日： 年 月 日		
	情報収集方法：担当者会議、診療情報提供書、主治医意見書、その他（ ）		
		
		
		
医療機関名		医師名	
福祉用具貸与が特に必要な状況	サービス担当者会議実施日： 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 別紙 サービス担当者会議等の記録のとおり		
		
		
		
作成年月日及び作成者	作成年月日 年 月 日		
	指定介護（予防）支援事業者名		
	作成者名		

※軽度者に関わる当該福祉用具が介護保険の給付対象となるためには、事前に保険者の確認が必要となります。
 ※この書類を2部作成し、1部は市介護保険課に提出し、1部は居宅（介護予防）サービス計画書と併せて保存してください。また、指定(介護予防)福祉用具貸与事業者より当該軽度者に係る情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、この書類を交付することができます。