

軽度者の福祉用具貸与算定に関わる確認表

様式①

被保険者番号									提出年月日	年	月	日	
フリガナ								性別	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
被保険者名								男・女					
住所	電話番号												
要介護状態区分	認定有効期間							年 月 日～ 年 月 日					
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)	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95号告示第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号のイに該当するに至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												
対象外種目	厚生労働大臣が定める者（厚生労働省令平成24年第95号告示第25号）のイ												
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者												
	① 日常的に歩行が困難な者											様式②	
② 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												
	① 日常的に起きあがり困難な者											様式②	
② 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	次のいずれにも該当する者												
	① 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											様式②	
② 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												
	① 日常的に立ち上がりが困難な者											様式②	
	② 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者												
③ 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												
	① 排便が全介助を必要とする者											様式②	
② 移乗が全介助を必要とする者													
使用予定開始日	年 月 日												
医師から収集した被保険者の 疾病名及び心身の状態（上記利用者の 状態像 i～iiiのいずれかに 該当する旨及びその理由を記載する）	情報収集日： 年 月 日												
	情報収集方法：主治医意見書、診断書、その他（ ）												
医療機関名								医師名					

