**軽度者に係る福祉用具貸与の確認依頼書**

　　　年　　　月　　　日

**(宛先)さいたま市長**

（介護予防）福祉用具貸与について、次のとおり福祉用具の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。また、判断については医師の医学的な所見に基づいたサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを行いました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 | | | | | 要支援（１・２）要介護（１・２・３） | | | | | | | |
| 貸与品目 | 種　　　別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 年　　　　月　　　　　日予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |
| 医学的所見 | 該当する状態 | □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によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □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（例：がん末期の急速な状態悪化） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □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(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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病及び  該当する理由 | 病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意見を求めた担当医又は主治医意見書を記載した医師 | 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | 電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス担当者会議 | 開催日 | 令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出席者  ※やむを得ず照会で代替したケースについては、照会した相手について記載 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 氏名 | 所属 | 職種（例：福祉用具専門相談員） | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認を依頼する居宅介護支援事業者 / 介護予防支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   事業所名  担当者名  所　 在　 地　 〒  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （注意）  ・「医学的所見」欄は、主治医意見書又は診断書に記載された所見、若しくは担当の介護支援  専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。  ・この確認依頼書は、福祉用具ごとに必要になります。１枚で複数の確認はできません。 | 受付印 |