

指定福祉用具貸与費算定に関わる事前協議書

|    |      |    |   |
|----|------|----|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|    |      |    |   |

令和 年 月 日

湧水町長 殿

支援事業所名: 印

(担当者名: )

|                                     |  |  |  |   |   |   |       |   |   |   |
|-------------------------------------|--|--|--|---|---|---|-------|---|---|---|
| フリガナ                                |  |  |  | 保険者番号   | 4   | 6 | 4     | 5 | 2 | 9 |
| 被保険者氏名                              | 印                                      |  |  | 被保険者番号  |   |   |       |   |   |   |
| 生年月日                                | 年                                      | 月  | 日生   | 性別  | 男・女   |   | 要介護支援 |   |   |   |
| 住所                                  | 〒 - 電話 -                               |  |  |   |   |   |       |   |   |   |
| 特殊福祉用具名<br>(利用する用具にチェックをしてください。)    | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品   |  | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具           |   |   |   |       |   |   |   |
|                                     | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |  | <input type="checkbox"/> 体位変換器             |   |   |   |       |   |   |   |
|                                     | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器   |  | <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) |   |   |   |       |   |   |   |
|                                     | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置      |  |  |   |   |   |       |   |   |   |
| 貸与期間                                | 年 月 日 ~                                |  |  | 年 月 日   |   |   |       |   |   |   |
| 判断基準<br>(該当する判断基準に○印をしてください。)       | 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、頻繁に告示で定める特殊福祉用具が必要な状態に該当する者         |  |   |   |   |       |   |   |   |
|                                     | II                                     | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める特殊福祉用具が必要な状態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、告示で定める特殊福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 |  |   |   |   |       |   |   |   |
| 福祉用具を必要とする理由を確認した方法<br>(※医師の医学的な所見) |  |  |  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書               |   |   |       |   |   |   |
|                                     |  |  |  | <input type="checkbox"/> 医師の診断書(ケアプラン連絡票を含む)等 |   |   |       |   |   |   |
|                                     |  |  |  | <input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見を聴取         |   |   |       |   |   |   |
| 医療機関・医師名                            |  |  |  | (医師名)   |   |   |       |   |   |   |
| 聴取日                                 | 年 月 日 ( )                              |  |  | 聴取方法  | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |       |   |   |   |
| 福祉用具が特に必要であると判断された理由                |  |  |  |   |   |   |       |   |   |   |
| サービス担当者会議の開催日                       |  |  |  | 年 月 日   |   |   |       |   |   |   |

注) 医師の所見を聴取する際は、当該福祉用具の貸与を必要とする次の事項を具体的に聴き取り、記録してください。

- ①被保険者の疾病等の状況 ②疾病等に起因して起こり得る被保険者の状態変化
- ③日常的に困難となる被保険者の状態像 ④福祉用具導入の有効性(日常的困難を回避する事項)等

【添付書類】

1. 居宅(介護予防)サービス計画書(第1表・第2表)
2. サービス担当者会議の記録等
3. 医学的な所見の確認書類

|           |        |  |  |
|-----------|--------|--|--|
| 保 険 者 判 定 |        |  |  |
| 令和 年 月 日  | 承認・不承認 |  |  |