

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

基本情報	被保険者名	被保険者番号											
	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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3											
	認定有効期間	年		月		日		～	年		月		日
医師	医療機関名												
	医師名（届出書2欄の主治医であること）												
	医療機関所在地											電話番号	
	確認日および方法	年		月		日		<input type="checkbox"/> 訪問・面接（医師・その他） <input type="checkbox"/> 電話（医師・その他） <small>※医師以外の場合（SWの氏名等）</small>					
医師の医学的所見	※疾病名および心身の状態を具体的に聴取し、根拠となる身体状況が届出書2欄の i～iii のどの類型に該当するか、医師の明確な判断を得たうえで、当該福祉用具貸与の必要性が明らかとなるよう記入してください。												
	疾病名その他原因												
	心身の状態	※医師が直接記入する必要はありません。介護支援専門員の聞き取りによる記載で可。											
	以上により、	<input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって（届出書／類型 i） <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに（届出書／類型 ii） <input type="checkbox"/> 身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から（届出書／類型 iii） 下記の告示で定める状態像に該当する。											
	該当する状態像	（利用者等告示第三十一号のイで定める状態像） <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者（①） <input type="checkbox"/> 日常的に起上がりが困難な者（②a） <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者（②b） <input type="checkbox"/> 意志の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者（③） <input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 → <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 } (④) <input type="checkbox"/> 生活環境において段差解消が必要な者 <input type="checkbox"/> 排便および移乗において全介助を必要とする者（⑤）											
貸与品目	上記疾患その他の原因、心身の状況および告示で定める状態像により、 <input type="checkbox"/> 車いす（①） <input type="checkbox"/> 車いす付属品（①） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（②a、②b） <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（②a、②b） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具（②b） <input type="checkbox"/> 体位変換器（②b） <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器（③） <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）（④） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（⑤） の貸与が必要。 ※状態像（①～⑤）と、貸与品目の番号（①～⑤）が一致していること。												