

軽度者に対する福祉用具貸与のための資料提供書

殿

指定(介護予防)福祉用具貸与を居宅(介護予防)サービス計画に位置付けるため必要な事項を以下のとおり送付します。

作成日: 年 月 日

保険者名又は公費負担者名	大分市
被保険者番号又は受給者番号	
被保険者氏名	
要介護度等	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
認定調査実施日	年 月 日

軽度者の状態像の確認が必要な部分等	
貸与品目	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7(歩行)が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 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(注1)
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-4(起き上がり)が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3(寝返り)が「3. できない」
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3(寝返り)が「3. できない」
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 基本調査3-1(意思の伝達)が「1. できる」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2~3-7(記憶・理解)で「2. できない」 「できない」: <input type="checkbox"/> 3-2 <input type="checkbox"/> 3-3 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> 3-7 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8~4-15(精神・行動障害)で「1. ない」以外 「ない」以外: <input type="checkbox"/> 3-8 <input type="checkbox"/> 3-9 <input type="checkbox"/> 4-1 <input type="checkbox"/> 4-2 <input type="checkbox"/> 4-3 <input type="checkbox"/> 4-4 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 4-8 <input type="checkbox"/> 4-9 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> 4-11 <input type="checkbox"/> 4-12 <input type="checkbox"/> 4-13 <input type="checkbox"/> 4-14 <input type="checkbox"/> 4-15 <input type="checkbox"/> その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 基本調査2-2(移動)が「4. 全介助」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査1-8(立ち上がり)が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1(移乗)が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(注2)

該当する部分の□にチェックをしています。

この提供書に記載された事項について当該被保険者に係る「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成12年厚生省告示第91号)別表第1の調査票の基本調査の直近の結果と相違ありません。また、上記「軽度者の状態像の確認が必要な部分等」の注1、注2については、別紙のとおりです。

居宅介護(介護予防)支援事業所名 _____
計画作成担当者 _____