

軽度者における福祉用具貸与利用報告書

フリガナ											被保険者番号									
被保険者氏名																				
被保険者住所																				
電話番号	()					FAX番号					()									
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	性別	男			女									
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1					認定有効期間					令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで		
<p>1. 医師の医学的な所見の確認方法について(該当するものにチェック)</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医意見書</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の診断書</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見 又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見</p> <p><input type="checkbox"/> 診療情報提供書(保健福祉サービスに対する照会書)※浦安市医師会作成</p> <p>2. 医師の医学的な所見に基づき判断される状態像について(該当するものにチェック)</p> <p>(平成12年老企第36号の第二の9(2)①ウの判断方法による利用者の状態像又は平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号の第二の11(2)①ウの判断方法による利用者の状態像について)</p> <p><input type="checkbox"/> 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23号告示(第52号において準用する)第19号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 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23号告示(第52号において準用する)第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 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23号告示(第52号において準用する)第19号のイに該当すると判断できる者</p>																				
<p>浦安市長 内田悦嗣 様</p> <p>上記により、医師の医学的な所見から第23号告示第19号のイに該当する者と判断され、かつ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により福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、資料を添えて報告します。</p> <p>令和 年 月 日</p>																				
介護保険事業所番号										事業所名										
事業所の代表者の職及び氏名										担当の介護支援専門員又は担当職員の氏名										
事業所所在地																				
電話番号 ()										FAX番号					()					