

軽度者に対する福祉用具貸与を必要とする理由書

作成者（担当ケアマネジャー）

作成日 年 月 日

事業所名			
事業所番号		連絡先	
担当者氏名		介護支援専門員番号	

被保険者番号		状態区分 ※○で囲む	要支援 1	要支援 2
被保険者氏名			要介護 1	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			

福祉用具貸与品目	
----------	--

該当する状態 (福祉用具貸与が 必要な理由) ※○で囲む	1 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 19 号のイ（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 (例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
	2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第 23 号告示第 19 号のイ（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 (例 がん末期の急速な状態悪化)
	3 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 19 号のイ（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 (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)

医師の 医学的な所見	確認方法 ※○で囲む	1 主治医意見書 2 診断書 3 医師からの意見聴取		
	確認日			
	医師氏名		医療機関名	
	医師の所見 (医師から意見 聴取した場合)			

添付書類	居宅介護サービス計画 1 表～6 表（介護予防サービス計画 A 表～E 表）（別紙）
	主治医意見書又は診断書の写し（医師の所見を直接聴取した場合は不明）

区確認欄	受付	要 ・ 否	備考