

福祉用具(床ずれ防止用具及び体位変換器)貸与にかかる理由書

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員

被保険者番号	.....	届出年月日	年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大昭 年 月 日
住所	〒 電話番号		
認定区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		
同居家族	氏名	続柄	氏名
該当項目	<input type="checkbox"/> 認定調査票基本調査 1-3寝返り ・ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない ( 年 月 日時点)		
	<input type="checkbox"/> 主治医の意見聴取 ( 年 月 日・ _____ 医師に確認)		
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議実施 ( 年 月 日)		
貸出品目	床ずれ防止用具 ・ 体位変換器		
介護サービス 利用状況	サービス種類	利用回数	利用目的
現病歴・既往歴			
福祉用具の 利用が必要である 理由(具体的な 状態)	※どのような動作がどのように困難か、福祉用具の必要性を具体的に記入してください。 枠内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。		

〈添付書類〉

- 居宅サービス計画書
- 福祉用具のカタログ等