

福祉用具(認知症老人徘徊感知機器)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	続柄	氏名	続柄		
該当項目	<input type="checkbox"/> 認定調査票基本調査 3-1 意思の伝達 ・ <input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない(年 月 日時点)							
	<input type="checkbox"/> 認定調査票基本調査 3-2 ~ 3-7 『3-』※いずれか該当するもの ・ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(年 月 日時点)							
	<input type="checkbox"/> 認定調査票基本調査 3-8 ~ 4-15 『-』※いずれか該当するもの ・ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある(年 月 日時点)							
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 認知症の症状の記載 ・ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年 月 日作成)							
	<input type="checkbox"/> 認定調査票基本調査 2-2 移動 ・ <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(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	認知症老人徘徊感知機器							
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