

福祉用具(移動用リフト)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 1-8立ち上がり ・ <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"/> 認定調査票基本調査 2-1 移乗 ・ <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)					
段差の解消が必要な生活環境	場所	目的(移動用リフトの必要性、利用方法等)				
貸出品目	移動用リフト(つり具の部分を除く)					
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、裏面または別紙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