

福祉用具(自動排泄処理装置)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・要介護2・要介護3							
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 2-6 排便 ・ <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"/> 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)							
貸出品目	自動排泄処理装置							
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