

# 軽度者に係る福祉用具貸与について（報告用）

年 月 日

住 所			
被保険者番号		要介護度 (認定期間)	
氏 名			年 月 日 ~ 年 月 日
担当居宅介護支援事業所 (担当ケアマネージャー)	電話 ( )		
福祉用具貸与に係る新規・継続の別	新 規 ・ 継 続		

○該当する項目にチェックして下さい。

	厚生労働大臣が定める者	左記に関する基本調査の結果
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> (一) 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7 歩行 「3. できない」 理由
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> (一) 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> (二) 日常的に寝返りが困難な者	<input type="checkbox"/> 基本調査1-4 起き上がり 「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3 寝返り 「3. できない」
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3 寝返り 「3. できない」
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶理解のいずれかに支障がある者 <input type="checkbox"/> (二) 移動において全介助を必要としない者	<input type="checkbox"/> 基本調査3-1 意思の伝達 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達出来る」以外 又は 基本調査3-2～3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8～4-15のいずれか 「1. ない」以外 <input type="checkbox"/> その他 主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている <input type="checkbox"/> 基本調査2-2 移動 「4. 全介助」以外
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分を除く)	次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 基本調査1-8 立ち上がり 「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1 移乗 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 理由
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> (一) 排便において全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> (二) 移乗において全介助を必要とする者	<input type="checkbox"/> 基本調査2-6 排便 「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1 移乗 「4. 全介助」

**【市確認欄】**

受付日	処理欄	備 考	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員
	年 月 日						