

(提出先)

足立区長様

記入例

記入日

△△年

印鑑を押し
てください

作成者 (担当ケアマネジャー)

事業所名	アダチカイゴフクシ事業所 (地域包括支援センター ○○○)
フリガナ	アダチ ヨシコ
担当ケアマネジャー	足立 好子
事業所所在地	足立区足立〇—〇—〇
電話番号	03-3880-xxxx

被保険者	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4
	フリガナ	センジュ タロウ						
	被保険者氏名	千住 太郎						
	要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3						
	有効認定期間	△△年□□月〇〇日 ~ ××年〇〇月■■日						

貸与品目	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装
------	---

該当する状態 (福祉用具貸与が必要 な理由) ※ i ~ iii を ○ で囲む	i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日には時間帯によって、頻繁に第23号告示第21号のイ(第23号告示第65号において準用する第21号のイ)に該当する者 ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第23号告示第21号のイ(第23号告示第65号において準用する第21号のイ)に該当するに到ることが確実に見込まれる者 iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第65号において準用する第21号のイ(第23号告示第65号において準用する打21号のイ)に該当すると判断できる者
---	---

主治医の意見	主治医意見の確認方法 ※○で囲む	主治医の意見書 ・ 診断書 ・ 主治医意見聴取
	確認日	△△年 ××月 〇〇日
	主治医氏名	足立 カイゴ
	医療機関名	千住ホスピタル
	主治医の所見 (主治医から意見を聴取した場合)	末期がんにより、患者の状態が急速に悪化し、起き上がりが困難になることが、確実に見込まれるため、特殊寝台が必要と判断する。

※ 主治医からの医学的な所見をもとにサービス担当者会議を開催し、その記録も添付して下さい。

※ 介護予防プランを委託の場合は、地域包括支援センター名も記入ください。