

軽度者の福祉用具申請に係る連絡票

先生 御机下

事業所名

担当者

電話

FAX

次の利用者について、軽度者に係る福祉用具貸与の申請を行うことを検討しています。
つきましては、該当する状態像について主治医の先生の御意見をお聞かせください。

<利用者>

氏名	様	介護度	
生年月日	年 月 日		
貸与予定の 福祉用具	貸与種目	該当する状態像	
	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 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り、かつ、移動において全介助を必要としない者	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ、移乗が全介助を必要とする者		
<連絡事項>			

<医師の所見>

右記の「状態像」に該当すると考える貸与種目に、✓をお願いします。

貸与種目	状態像
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に上記の状態像に該当する
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	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上記の状態像に該当すると判断できる
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	上記状態像には該当しない
<特記事項>	

年 月 日

病院名・主治医氏名