

平成 年 月 日

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

### 軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名		生年月日	
住 所	宇多津町		
被保険者番号		要介護度	
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
福祉用具の種類	特殊寝台・特殊寝台付属品・認知症老人徘徊感知機器		
貸 与 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
主治医から得た情報			
福祉用具専門相談員が必要と判断した理由			
ケアプラン作成担当者が必要と判断した理由			

※ ケアプラン・アセスメント・支援経過記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

平成 年 月 日

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

### 軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名		生年月日	
住 所	宇多津町		
被保険者番号		要介護度	要支援1・要支援2・要介護1
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
福祉用具の種類	電動車いす ・ 車いす ・ 移動用リフト		
貸 与 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
主治医から得た情報			
福祉用具専門相談員が必要と判断した理由			
ケアプラン作成担当者が必要と判断した理由			

※ ケアプラン・アセスメント・支援経過記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

車いす貸与アセスメント表（要支援1・2、経過的要介護、要介護1）

事業所 \_\_\_\_\_  
 ケアマネージャー \_\_\_\_\_  
 利用者 \_\_\_\_\_  
 記入日 \_\_\_\_\_

種類
<input type="checkbox"/> 電動車いす
<input type="checkbox"/> 自走用車いす
<input type="checkbox"/> 介助用車いす

車いすの利用を必要とする身体的理由	移動の支障となる原因疾患等（加齢による筋力低下、ケガなども含む）	
	医師の所見等	
	医療機関名 _____	医師氏名 _____
	現在の歩行の状況（破行、ふらつき、転倒などの有無。杖、歩行器等の利用の有無）	
	認定調査項目 歩行 1-7	1 できる      2 つかまれば可      3 できない
車いすの利用を必要とする環境的要因	生活環境	<input type="checkbox"/> 独居
		<input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、仕事等のため日中介護者がいない
		<input type="checkbox"/> 移動の手段がない
		<input type="checkbox"/> 付き添いがいないと外出できない
	周辺環境	<input type="checkbox"/> 坂道、傾斜がきつい
		<input type="checkbox"/> 道路に凹凸が多く杖歩行が困難
		<input type="checkbox"/> 交通環境が悪い
<input type="checkbox"/> 移動手段の費用が高い		
その他		
利用者が車いすを利用する目的	<input type="checkbox"/> 一人で外出したい	その他特記事項
	<input type="checkbox"/> 病院・リハビリテーションに行きたい	
	<input type="checkbox"/> 買い物に行きたい	
	<input type="checkbox"/> 趣味の活動に参加したい	
	<input type="checkbox"/> 地域の行事・活動に参加したい	
	<input type="checkbox"/> 活動範囲を広げたい	
その他特記事項 (家族の希望等)		

※サービス提供月の前月末までに提出してください。

平成 年 月 日

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

### 軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名		生年月日	
住 所	宇多津町		
被保険者番号		要介護度	
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
福祉用具の種類			
貸 与 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
主治医から得た情報	「医師が福祉用具が必要だと言っている」だけでは適切に判断されているとは言えません。医学的な所見を記入してください。		
福祉用具専門相談員が必要と判断した理由	利用者の心身状況、福祉用具導入にかかる改善見込、操作・管理などについて記入してください。		
ケアプラン作成担当者が必要と判断した理由	*利用者の状態及び福祉用具貸与が必要な理由を記入してください。 *主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえて記入してください		

※ ケアプラン・アセスメント・支援経過記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

※ 車いす貸与は「車いす貸与アセスメント表」も添付してください。