様式第２号(第４条関係)

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的な所見の聴取記録

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□認定申請中 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 確認者 | 確認方法 | □訪問　　　　　　□電話 | | | | | | | | | | | |
| 確認日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 確認事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 確認者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | |
| 医療機関住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 担当医名 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 医　師　の　医　学　的　な　所　見 | 疾病その他の原因 |  | | | | | | | | | | | |
| 心身の状況等 | 上記の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帯によって頻繁に  □状態が急速に悪化し、短期間のうちに  □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 | | | | | | | | | | | |
| 下記の状態像に該当する。 | | | | | | | | | | | |
| 該当する状態像 | □歩行が困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □起き上がりが困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □寝返りが困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □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、かつ移動にいて全介助を必要としない者 | | | | | | | | | | | |
| □立ち上がりが困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 | | | | | | | | | | | |
| □排便において全介助を必要とする者 | | | | | | | | | | | |
| □移乗において全介助を必要とする者 | | | | | | | | | | | |
| 必要と思われる  福祉用具 | 上記の疾病その他の原因、心身の状況等及び状態像により | | | | | | | | | | | |
| □車いす及び付属品　□特殊寝台及び付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器  □移動用リフト(つり具の部分を除く。)  □自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。) | | | | | | | | | | | |