

福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づけるための確認書

介護保険の指定福祉用具貸与サービスを居宅サービス計画に位置づけるため、医学的判断から以下の判断基準 i) ~ iii) について要件を確認しました。

(確認者)

住所

医療機関名

医師名

確認日 年 月 日

記

被保険者氏名	生年月日	M・T・S 年 月 日
住 所		
居宅サービス計画に位置づける福祉用具の品名		
判 断 基 準 (該当する項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> i) 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。 <input type="checkbox"/> 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。	
(指定した福祉用具が必要な理由)		
<p>(お願い)</p> <p>指定居宅介護支援事業所は介護保険法に定める、要介護1、要支援1、要支援2の認定者が同法で定めた福祉用具を使用し日常生活の自立支援を図る場合、その必要性、根拠をかかりつけ医に確認して、居宅サービス計画に位置づけることが定められています。なお、上記、法令で定めた「判断基準 i ~ iii」に該当する場合、計画に位置づけることができます。お手数ですが確認書の交付にご協力くださいますようお願い申し上げます。</p>		