

〔大津市 参考様式〕

軽度者レンタル連絡表

被 保 険 者 番 号								氏 名	

福祉用具貸与開始の連絡をした日（居宅→貸与事業所）	年	月	日
---------------------------	---	---	---

用具の種目

<input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(段差解消機)	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(昇降座椅子)
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(段差解消機・昇降座椅子以外) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを吸引する機能のものを除く）		

認定調査票の情報

調査実施日	年	月	日	調査実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外 ()
事業者名				調査員名	

特殊寝台・特殊寝台付属品

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査1-4（起き上がり）が「3. できない」であった。 または <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」であった。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

床ずれ防止用具・体位変換器

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」であった。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

車いす・車いす付属品

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査1-7（歩行）が「3. できない」であった。
<input type="checkbox"/> 医師の意見を踏まえつつサービス担当者会議等の結果で判断したケース（日常生活における移動の支援が特に必要と認められる）	<p>会議開催日</p> 年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

※調査票の結果にかかわらず、福祉用具が必要と認められる状態像（老企第36号 9福祉用具貸与費(2)ウのi)～iii))が医師の医学的所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断され、これらについて、保険者が書面等確実な方法で確認していること。

移動用リフト（段差解消機）

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「3. できない」であった。または、 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」であった。
<input type="checkbox"/> 医師の意見を踏まえつつサービス担当者会議等の結果で判断したケース（生活環境において段差の解消が必要と認められる）	<p>会議開催日</p> 年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

移動用リフト（昇降座椅子）

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」であった。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

移動用リフト（段差解消機・昇降座椅子以外）

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「3. できない」であった。または、 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」であった。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

認知症老人徘徊感知機器

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査3-1（意思の伝達）が「1. できる」以外であった。または、 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれかが「2. できない」であった。または、 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれかが「1. ない」以外であった。または、その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>かつ</p> <input type="checkbox"/> 基本調査2-2（移動）が「4. 全介助」以外であった。 <p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日

自動排泄処理装置（要介護2・3の方も例外給付の対象者になります。）

<input type="checkbox"/> 認定調査票の結果で例外給付に該当するケース	<p>調査票の結果について</p> <input type="checkbox"/> 基本調査2-6（排便）が「3. できない」であった。 かつ <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「4. 全介助」であった。
<input type="checkbox"/> 保険者確認が必要なケース*で、保険者の確認後例外給付に該当するケース	<p>保険者確認日（“確認済”印の日付け）</p> 年 月 日