

自動排泄処理装置の貸与に関する確認申請書（医師の所見による場合）

新規・継続

居宅介護支援・介護予防支援事業所名：

(担当者名：)

事業所住所 : 〒 -
事業所連絡先 : () -

I : 利用者について

利用者氏名 :
被保険者番号 :
介護度 : 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3

II : 医師の所見について（聞き取った内容を記入してください。）

聞き取り日 : 年 月 日 ()
病 院 名 :
連絡先 (TEL) : () -
担当医師名 :

* 以下該当する所見にチェック（複数選択あり）

- ① 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対象福祉用具貸与条件に該当する状態となる。
- ② 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具貸与条件に該当する状態に至ることが確実に見込まれる。
- ③ 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複化の回避等医学的判断から対象福祉用具貸与条件に該当すると判断できる。

①～③の具体的所見

[]

III : サービス担当者会議等の実施について

開催日時 : 年 月 日 : ~ :
具体的内容 : 別紙記録簿（写し）のとおり
（*ケアプラン並びにサービス担当者会議等の記録簿のコピーを添付してください）

市（保険者）確認欄

上記内容について判断した結果

- 該当福祉用具貸与の必要を認めます。
 該当福祉用具貸与の必要は認められません。

理由 :

令和 年 月 日 四日市市長 森 智広 印