

# 福祉用具貸与に関する協議書（新規・更新）（車いす用）

〔  日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者  
 例外給付の対象とすべき事案（医師の所見必要） 〕 に該当する場合

提出日 令和 年 月 日

被保険者				被保険者番号			
住所					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	M	T	S	年	月	日	( )歳
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1						
認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで						
指定介護予防支援事業所名	山陽小野田市地域包括支援センター			担当者			
介護予防支援受託事業者名				担当者			
指定居宅介護支援事業所名				担当者			
連絡先	TEL			FAX			
認定調査表基本調査の結果	1-7（歩行）		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる				
支援が必要な日常生活における移動	目的	行き先	歩行距離	頻度（回/週）			

状態像及び車椅子の必要性について （ 自走車いす ・ 電動車いす ）

本人の主訴							
医師の意見							
介護支援専門員の意見							
福祉用具専門相談員の意見							
その他特に支援を要する理由等							

山陽小野田市記入欄	車いす貸与 （ 適 ・ 不適 ）								
	(理由)								
	決定日	令和	年	月	日	認定期間	令和	年	月

# 福祉用具貸与に関する協議書（新規・更新）（移動用リフト用）

〔  生活環境において段差の解消が必要と認められる者  
 例外給付の対象とすべき事案（医師の所見必要） 〕 に該当する場合

提出日 令和 年 月 日

被保険者				被保険者番号			
住所					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	M T S		年	月	日		( )歳
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1						
認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで						
指定介護予防支援事業所名	山陽小野田市地域包括支援センター			担当者			
介護予防支援受託事業者名				担当者			
指定居宅介護支援事業所名				担当者			
連絡先	TEL			FAX			
認定調査表基本調査の結果	2-1（移乗）		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等				
	1-8（立ち上がり）		<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる				
支援を必要とする場所とその環境・生活状況など	場所	環境	生活状況		見取り図添付		
					あり	なし	
					あり	なし	
					あり	なし	

## 状態像及び移動用リフトの必要性について

本人の主訴							
医師の意見							
介護支援専門員の意見							
福祉用具専門相談員の意見							
その他特に支援を要する理由等							

山陽小野田市記入欄	移動用リフト貸与 ( 適 ・ 不適 )								
	(理由)								
	決定日	令和	年	月	日	認定期間	令和	年	月

# 福祉用具貸与に関する協議書（新規・更新）（特殊寝台用）

〔  例外給付の対象とすべき事案（医師の所見必要） 〕 に該当する場合

提出日 令和 年 月 日

被保険者				被保険者番号			
住所					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	M	T	S	年	月	日	( )歳
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1						
認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで						
指定介護予防支援事業所名	山陽小野田市地域包括支援センター			担当者			
介護予防支援受託事業者名				担当者			
指定居宅介護支援事業所名				担当者			
連絡先	TEL			FAX			
認定調査表基本調査の結果	1-3（寝返り）		<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる				
	1-4（起き上がり）		<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる				

## 状態像及び特殊寝台の必要性について

本人の主訴							
医師の意見							
介護支援専門員の意見							
福祉用具専門相談員の意見							
その他特に支援を要する理由等							

山陽小野田市記入欄	特殊寝台貸与 ( 適 ・ 不適 )								
	(理由)								
	決定日	令和	年	月	日	認定期間	令和	年	月

# 福祉用具貸与に関する協議書（新規・更新）

（床ずれ防止用具及び体位変換器用）

〔  例外給付の対象とすべき事案（医師の所見必要） 〕 に該当する場合

提出日 令和 年 月 日

被保険者			被保険者番号		
住 所				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	M T S	年	月	日	( ) 歳
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1				
認 定 期 間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで				
指定介護予防支援事業所名	山陽小野田市地域包括支援センター		担当者		
介護予防支援受託事業者名			担当者		
指定居宅介護支援事業所名			担当者		
連 絡 先	TEL		FAX		
認定調査表基本調査の結果	1-3（寝返り）		<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる		

状態像及び床ずれ防止用具及び体位変換器の必要性について

本人の主訴	
医師の意見	
介護支援専門員の意見	
福祉用具専門相談員の意見	
その他特に支援を要する理由等	

山陽小野田市記入欄	床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 貸与 ( 適 ・ 不適 )								
	(理由)								
	決定日	令和	年	月	日	認定期間	令和	年	月

# 福祉用具貸与に関する協議書（新規・更新）（徘徊感知器用）

〔  例外給付の対象とすべき事案（医師の所見必要） 〕 に該当する場合

提出日 令和 年 月 日

被保険者			被保険者番号		
住所				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	M T S	年	月	日	( )歳
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1				
認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日まで				
指定介護予防支援事業所名	山陽小野田市地域包括支援センター		担当者		
介護予防支援受託事業者名			担当者		
指定居宅介護支援事業所名			担当者		
連絡先	TEL		FAX		
認定調査表基本調査の結果	2-2（移動）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	3-1（意思の伝達）	<input type="checkbox"/> 伝達できる			

## 状態像及び徘徊感知器の必要性について

本人の主訴	
医師の意見	
介護支援専門員の意見	
福祉用具専門相談員の意見	
その他特に支援を要する理由等	

山陽小野田市記入欄	徘徊感知器貸与 ( 適 ・ 不適 )								
	(理由)								
	決定日	令和	年	月	日	認定期間	令和	年	月