**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る理由書**

＊記入日　　　年　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 氏　　名 |  | | 資　　格 |  | | | | | | | | | | | |
| 所　　属 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| （被保険者の現況） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 被保険者  氏　名 |  | | |
| 住　所 |  | | | 生年月日 | 年 　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 年　齢 | 歳 | | | | 性別 | | | |  | | | |
| 世帯構成 | □ 一人暮らし　□ 高齢者夫婦のみ  □ その他 | | | 介護者の有無 | □ 同居家族　□ 同居外家族  □ 無　□ その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | □不明　□脳血管障害　□心疾患　□呼吸器疾患　□内部疾患　□関節・骨の障害　□神経疾患　□脊髄損傷　□眼疾患　□加齢による廃用症候群　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援１ □要支援２ □要介護１　□要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５  □　申請中（　　年　　月　　日）※申請区分　□新規　□区分変更 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活自立度 | □ 自立　□ J１　□J ２　□ A１　□ A２　□ B１　□ B２　□ C１　□C２　□ 不明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症自立度 | □ 正常　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb 　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M　　□ 不明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス  利用状況 | □ 訪問介護(　 回 ／　週) 　□訪問入浴(　　回 ／　週) □ 訪問看護( 　回 ／　週)  □訪問リハ(　　回 ／　週) □ 通所介護(　　回 ／　週) □ 通所リハ( 　回 ／　週)  □ 短期生活、短期療養(　　回 ／　　) 　　　□ 住宅改修(　　　　　　　　　　　　　 　)  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総合的状況  （概　況） | 身体状況 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護状況 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住環境の状況　　（用具購入と住宅改修の関連付け等） | |  | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 動　作 | 起　立 | | □　自立**（**□つかまらないで可・□つかまれば可**）**　□　見守り必要  □　一部介助　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 移　動 | | □　自立**（**□つかまらないで可・□つかまれば可・□這って移動**）**　　　　□　見守り必要　　□　一部介助　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 排　泄 | | □　自立　　　□　見守り必要　　□　一部介助**（**□排泄行為・□後始末**）**  □　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 入　浴 | | □　自立　　　□　見守り必要　　□　一部介助**（**□洗身・□洗身以外**）**  □　全介助　　□　入浴していない**（**清拭含む**）** | | | | | | | | | | | | | |

R6.4改正

（福祉用具が必要な理由）※個々の用具ごとにご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種目  ※１ | 具体的な困難状況及び用具購入による効果等  （どんな疾病、症状、身体状況のため、日常の生活（個別の動作）に支障があるか、また、用具を購入し、使用することにより改善、期待できることをご記入ください。） | 購入金額  （見積額） | 販売業者 |
| － |  | 円 |  |
| － |  | 円 |  |
| － |  | 円 |  |
| － |  | 円 |  |
| 計 | | 円 |  |

※１：下記を参照して該当の番号をご記入ください。

福祉用具の種目

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 個　　　別　　　種　　　目 |
| １　腰掛便座 | １－１　和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの（腰掛式に変換する場合に高さを補うものを含む）。  １－２　洋式便器の上に置いて高さを補うもの。  １－３　電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの。  １－４　便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるものに限る。） |
| ２　自動排泄処理装置の交換可能部品 | ２－１　自動排泄処理装置の交換可能部品（レシーバー、チューブ、タンク等）のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。  　　　　専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シーツ等の関連製品は除かれる。 |
| ３　排泄予測支援機器 | ３－１　膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に通知するもの。  　　　　専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除かれる。  　　　　※医学的な所見がわかる書類及び確認調書を添付すること。 |
| ４　入浴補助用具 | ４－１　入浴用いす（座面の高さが概ね３５センチメートル以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る。）  ４－２　浴槽用手すり（浴槽の縁を挟み込んで固定することができるものに限る。）  ４－３　浴槽内いす（浴槽内に置いて利用することができるものに限る。）  ４－４　入浴台（浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る。）  ４－５　浴室内すのこ（浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る。）  ４－６　浴槽内すのこ（浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る。）  ４－７　入浴用介助ベルト（身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る。） |
| ５　簡易浴槽 | ５－１　空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。 |
| ６　移動用リフトのつり具の部分 | ６－１　身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。 |
| ７　スロープ | ７－１　貸与告示第八項に掲げる「スロープ」のうち、主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないものをいい、便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く。 |
| ８　歩行器 | ８－１　貸与告示第九項に掲げる「歩行器」のうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。 |
| ９　歩行補助つえ | ９－１　カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホーム・クラッチ及び多点杖に限る。 |

R6.4改正