

(裏)

【サービス担当者会議の開催状況】 ※ 該当する項目にチェックすること

開催した (開催日 : 年 月 日)

(出席者) ※ 該当する項目にチェックすること

- 本人 主治医
 家族、同居人 福祉用具専門相談員
 サービス提供事業者 その他 ()

開催しなかった → 照会日を各欄に記入すること

【医師の意見】

照会日 : 年 月 日

(医療機関名 / 医師名)	病院 /	医師
(原因となる疾病等)		
(利用者の医学的状況) ※ 福祉用具の必要性に起因する病状等について記入すること		

【例外的基準の該当性】 ※ 該当する項目にチェックを付けること (1カ所のみ)

- 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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者
- 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
- 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、医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断される者

【福祉用具専門相談員の意見】

照会日 : 年 月 日

事業者名 ()
福祉用具専門相談員名 ()

【本人・家族の意向】

照会日 : 年 月 日

--

【その他】

照会日 : 年 月 日

氏名 ()
役割 ()

- (注) 1. 本理由書は原則、受領日より適用されますので、利用開始までに担当者が必ず来庁の上、提出してください。(原則郵送不可)
ただし、更新認定において期限後に認定結果が出た場合は、有効期間開始日までさかのぼって適用します。
2. 認定の更新時又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合は、福祉用具貸与の継続の必要性を見直し、必ず再提出してください。
3. 本理由書が受理された場合、その写しをサービス担当者会議等の記録と共に居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。