

## 福祉用具貸与者「調査票」結果

被保険者番号		<b>要支援区分</b>	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
被保険者名			
年齢	歳	<b>認定期間</b>	年      月      日から 年      月      日まで
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
申請区分		<b>事業所名</b>	
申請年月日	年      月      日		
訪問調査実施日時	年      月      日	<b>計画作成者</b>	

福祉用具の種類	本人の状況等	判断基準	要件
<input type="checkbox"/> 車椅子 及び 車椅子付属品	1.日常的に歩行が困難な者	認定調査票 (基本調査)	<input type="checkbox"/> 1-7歩行「3. できない」に該当
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 及び 特殊寝台付属品	1.日常的に起き上がりが困難な者	認定調査票 (基本調査)	<input type="checkbox"/> 1-4起き上がり「3. できない」に該当
	2.日常的に寝返りが困難な者		<input type="checkbox"/> 1-3寝返り「3. できない」に該当
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 及び 体位変換器	1.日常的に寝返りが困難な者	認定調査票 (基本調査)	<input type="checkbox"/> 1-3寝返り「3. できない」に該当
<input type="checkbox"/> 認知症老人 徘徊感知機器	1.意思の伝達、介護者への反応、 記憶・理解のいずれかに支障 がある者	認定調査票 (基本調査) <b>※1. 2. の いずれにも 該当する必要が あります。</b>	<input type="checkbox"/> 3-1 意思の伝達 「1. 調査対象者が意思を他者に 伝達できる」以外に該当
	2.移動において全介助を必要としない者		<input type="checkbox"/> 3-2 ~ 3-7 のいずれか (注1) 「2. できない」に該当  <input type="checkbox"/> 3-8 ~ 4-15 のいずれか (注2) 「1. ない」以外に該当  <input type="checkbox"/> 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場合 も含む。  <input type="checkbox"/> 2-2移動「4. 全介助」以外に該当
<input type="checkbox"/> 移動用リフト	1.日常的に立ち上がりが困難な者	認定調査票 (基本調査)	<input type="checkbox"/> 1-8立ち上がり「3. できない」に該当
	2.移乗が一部介助又は全介助を 必要とする者		<input type="checkbox"/> 2-1移乗「3. 一部介助」又は 「4. 全介助」に該当
<input type="checkbox"/> 自動排泄 処理装置	1.排便において全介助を必要とする者	認定調査票 (基本調査) <b>※1. 2. のい ずれにも該当す る必要がありま す。</b>	<input type="checkbox"/> 2-6排便「4. 全介助」に該当
	2.移乗において全介助を必要とする者		<input type="checkbox"/> 2-1移乗「4. 全介助」に該当

(注1) 3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日や年齢を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解する、3-7 場所の理解

(注2) 3-8 徘徊、3-9 外出すると戻れない、4-1 物を盗られたなどと被害的になる、4-2 作話、4-3 泣いたり笑ったりして感情が不安定になる、  
4-4 昼夜の逆転がある、4-5 しつこく同じ話をする、4-6 大声をだす、4-7 介護に抵抗する、4-8 「家に帰る」と言い落ち着きが無い、  
4-9 一人で外に出たがり目が離せない、4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる、4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする、  
4-12 ひどい物忘れ、4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらず、会話にならない