

軽度者の介護保険の電動車いす貸与に係る状況票兼申請書（新規・継続）

* 新規利用者の場合は想定してご記入ください

【様式2-2】

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| 貸与を必要とする要援護者の氏名と住所 | 氏名 | | 住所 | 甲賀市 |
| 被保険者番号と介護度(前回介護度) | 番号 | | 要介護状態区分(前回区分) | () |
| 認定有効期間 | | | | |
| 障がい老人および認知症である老人の日常生活自立度 * 該当するものに○をつけてください | 障がい老人の日常生活自立度 | 自立・J-1・J-2 A-1・A-2・B-1 B-2・C-1・C-2 | 認知症である老人の日常生活自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb IV |
| 使用目的と頻度及び使用総計 | 1. 通院(回/月) 2. 生活必需品の買い物(回/月) 3. 趣味の会(/月) 4. 預貯金の引き出し等(回/月) 5. 友人・知人宅への訪問(回/月) 6. その他(内容: 回/月) 使用頻度の総計(/月) | | | |
| 最大歩行距離(身体能力的に可能な歩行距離)とそれに要する歩行時間 | 最大歩行距離 | 約()m | 左記を歩行するのに要する時間 | 約()分 |
| 電動車いすの自己管理能力と問題の詳細 | 能力 * 該当するものに○をつけてください | 1. 問題なし 2. やや問題あり 3. 問題あり | 問題の詳細 * 左記の2と3に該当する場合は、その具体的な内容をご記入ください | |
| 主治医確認と指示・留意事項等 | 主治医への確認 * 該当するものに○をつけてください。なお、すみの場合は、確認年月日をご記入ください | 1. すみ (年 月 日) 主治医名()先生 2. 未 | 移動に対する主治医からの指示・運動の禁忌や制限について * 有・無に○をつけ、有の場合は具体的な内容を記入してください | 運動禁忌や制限(1. 無 2. 有) ⇒内容() 運動時の留意事項(1. 無 2. 有) ⇒内容() 運動の効果(1. 無 2. 有) ⇒内容() |
| 最大歩行距離と通常使用されている場所の距離を比較して、記載してください。もし、電動車いすを近距離で使用している場合は、近距離でも使用しなければならない理由を具体的にご記入ください。 | 距離比較 | 電動車いす使用の距離が 1. 近距離 2. 遠距離 | 使用理由 * 左記1の場合は具体的な理由を記入してください | |
| 下肢筋力向上のための本人の取組みと頻度及び頻度総計 * 該当するものに○をつけてください | 1. 散歩(回/週) 2. 通所リハビリテーションでのリハビリ(回/週) 3. 訪問リハビリ・訪問看護等でのリハビリ(回/週) 4. 通所介護での訓練等(回/週) 5. その他(内容: 回/週) 頻度の総計(回/月) | | | |
| 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と思われる内容 | | | | |
| 記入年月日 | 年 月 日 | | | |
| 記入者所属事業所と氏名 | 印 | | | |

【添付書類と留意事項】

1. 運動の禁忌または制限があり、特に車いすの使用が必要となる方は、記載漏れのないようお願いします。

2. 添付書類

フェイスシート(利用者の全体像が分かるもの)、居宅サービス計画書(支援計画書)の(1)～(3)及びサービス利用票・別表、サービス事業者が記載した直近の利用者の電動車いす走行時の運転状況表(安全運転や自己管理が適切にできているかを記載したモニタリング表)、福祉用具サービス提供事業者の記載した福祉用具貸与計画書、サービス担当者会議の結果記録表