

稲城市介護保険 個別相談様式

相談日： 年 月 日

1 相談内容：

2 相談者： (所属事業所名： )

相談者連絡先電話番号：

相談結果送付先住所：

3 被保険者情報

氏名		番号		歳	男・女	1号・2号
介護度		有効期間	年 月 日～	年	月	日

4 家族状況

	続柄	関わり	住まい	特記
①		有・無	同居・別居 ( 市内・市外 )	
②		有・無	同居・別居 ( 市内・市外 )	
③		有・無	同居・別居 ( 市内・市外 )	

5 病歴

発症時期	病名	経過	頻度	手段	治療内容
		治療・経観・他		通・往	
		治療・経観・他		通・往	
		治療・経観・他		通・往	
		治療・経観・他		通・往	

6 利用しているサービス

サービス種別	頻度	事業者・団体名等	種類
			介護・医療・その他
			介護・医療・その他
			介護・医療・その他

7 認定有効期間内の状態変化の見込み

--

8 貸与希望用具に対応する認定調査結果（軽度者への福祉用具貸与の場合のみ記入）

☐ 特殊寝台および付属品：1-3 寝返り ( ) 1-4 起き上がり ( )

☐ 床ずれ防止用具および体位変換器：1-3 寝返り ( )

☐ 自動排泄装置：2-6 排泄 ( ) 2-1 移乗 ( )

☐ 認知症老人徘徊感知機については記入の必要はありません。

9 生活状況（日中・夜間の過ごし方など具体的に）

--

10 医師の確認等(軽度者への福祉用具貸与の場合のみ記入)(医師の確認書を別途提出する際は記入不要)

利用者の状態像 (あてはまるものに○)	I	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帯によって、頻繁に厚生労働大臣が定めるイに該当する者
	II	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定めるイに該当することが確実に見込まれる者
	III	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厚生労働大臣が定めるイに該当すると判断できる者
	<p>下記について確認の上、チェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>病状から「特殊寝台」が必要であり「通常の寝台」や「手すり」では対応不可能である(特殊寝台の場合)</p> <p><input type="checkbox"/>転倒防止、苦痛軽減等の予防的理由ではない。(Ⅲ危険・重篤化の回避の場合)</p>	
確認日/確認方法	年 月 日	ケアマネジャー等による医師からの聴取・その他( )
医療機関/医師名		
福祉用具が必要な所見		

11 サービス導入の必要性(あてはまる申請理由に○)

(新規導入・要介護認定変化後の継続導入・前回個別相談の有効期間切れによる継続導入申請・その他)

--

※特殊寝台貸与の場合、モーター数および「高さ調節・背上げ・足上げ」それぞれの機能の必要性を記載してください。