

確認票(別紙)

被 保 険 者 名	
居宅介護支援事業所名	
担当介護支援専門員名	

心身の状況(疾患・障害等の内容及び日常生活における支障等)	
家族等介護者の支援状況	
利用者の自宅内の環境等	
福祉用具の使用頻度	
必要な福祉用具を使用するに当たっての主治医からの情報及び意見 (※所見が分かる書類があれば、代用可能)	医療機関名( )主治医名( )
サービス担当者会議の意見 【開催日 年 月 日】  (※会議の記録書類があれば代用可能)	《福祉用具専門相談員の意見》
	指定福祉用具貸与事業所名( ) 福祉用具専門相談員名 ( )
	《サービス担当者会議の意見等》  《本人・家族の意向》
主治医から得た情報及びサービス担当者会議の結果を踏まえた介護支援専門員の意見(福祉用具が必要な理由)	