

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

作成年月日

利用者名			居宅サービス計画等作成者（照会者）		
サービス担当者会議を開催しない理由ないし会議に出席できない理由					
照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
					【医師の医学的所見】 下記のいずれかをご選択ください。 ☐ 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、頻繁に厚労省告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 ☐ ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚労省告示で定める福祉用具が必要な状態にな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労省告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

- ・ 利用者の状態について、厚労省通知で定める状態であるか。
（要介護の場合）平成12年3月1日老企第36号 第2-9-(4)-①-ウのi)～iii)に該当するか
（要支援の場合）平成18年3月17日老計発第0317001号他 第2-10-(4)-①-ウのi)～iii)に該当するか
- ・ 厚労省通知で示す状態像
平成27年3月23日厚生労働省告示第94号 第31号のイに規定する者