

軽度者に対する介護保険福祉用具貸与にかかる医学的所見について

居宅介護支援事業所： \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員： \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii」に該当するかどうか、医学的な所見の記入をお願いいたします。

対象者	氏名		被保険者番号	
	性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住所			
必要とする福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			

-----  
 〈医師記入欄〉

※該当の□欄にチェックをお願いします。

診断名		最終診察日	年 月 日
医師の所見	福祉用具の貸与が必要と考えられる医学的所見の記入をお願いいたします。		
<input type="checkbox"/>	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するため。	
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに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ため。	
<input type="checkbox"/>	iii	疾病その他の原因により、身体への重体な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から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ため。	

記入日

年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医名： \_\_\_\_\_ 印