

主治医 様

居宅介護(介護予防)支援事業者名 _____

介護支援専門員 _____

軽度者に係る福祉用具貸与例外給付に対する医学的所見について

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 ii iii）」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否について検討中です。
つきましては、下記の「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するかどうか、医学的な所見をお願いいたします。

被保険者	フリガナ		介護保険 被保険者番号										
	氏名												
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3									
住 所		〒 _____ (Tel _____)											
確認をお願いする福祉用具		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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□欄にチェックのご記入と診断名、最終診察日、当該福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)のご記入をお願いいたします。

診断名		最終診察日		令和	年	月	日
必要な福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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					
<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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等(平成 27 年 3 月 23 日厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ。以下「第 94 号告示第 31 号のイ」という。)に該当する者					
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 94 号告示第 31 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者					
<input type="checkbox"/>	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第 94 号告示第 31 号のイに該当すると判断できる者					
<input type="checkbox"/>	上記 i、ii、iii いずれにも該当しない						
当該福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)		(i、ii、iii いずれかに該当する場合記載してください)					

(※) 第 94 号告示第 31 号

- イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者
- (1) **車いす及び車いす付属品** 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に歩行が困難な者
 - (二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
 - (2) **特殊寝台及び特殊寝台付属品** 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に起きあがりが困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
 - (3) **床ずれ防止用具及び体位変換器** 日常的に寝返りが困難な者
 - (4) **認知症老人徘徊感知機器** 次のいずれにも該当する者
 - (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
 - (5) **移動用リフト(つり具の部分を除く。)** 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に立ちあがりが困難な者
 - (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
 - (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
 - (6) **自動排泄処理装置** 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

記入日 令和 年 月 日

医療機関名 _____ 所在地 _____

医師氏名 _____ Tel _____