

主治医様

事業所名 _____

担当介護支援専門員 _____

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる医学的所見について

下記の被保険者について、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否について検討しております。

つきましては、下記の「福祉用具例外給付の対象とすべき状態像」に該当するか医学的な所見をお願いいたします。

ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 年 月 日
住所			
被保険者番号		要介護度	

【医師記入欄】

下記の「福祉用具例外給付の対象とすべき状態像」の該当する状態像（i，ii，iii）のいずれかに○をお願いいたします。

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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 【例】パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者 【例】がん末期の急速な状態悪化
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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。 【例】ぜんそく発作等による呼吸不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

原因となる疾病名、症状、福祉用具が必要な理由の記入をお願いいたします。

医学的な所見	(疾病名・症状) (症状の軽減、危険性・重篤化の回避に当該福祉用具が必要な理由)
--------	---

記入日 年 月 日

病院名 _____

主治医名 _____

福祉用具が必要な状態像

例外給付対象種目	要件	認定調査の結果
ア 車いす・車いす付属品	次のいずれかに該当する者	1-7：歩行「できない」
	(一) 日常的に歩行が困難な者	
	(二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要な者	※（注）参照
イ 特殊寝台・特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	1-4：起き上がり「できない」
	(一) 日常的に起き上がりが困難な者	
	(二) 日常的に寝返りが困難な者	1-3：寝返り「できない」
ウ 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	1-3：寝返り「できない」
エ 認知症老人徘徊感知器	次のいずれにも該当する者	3-1：意思の伝達 「できる」以外 または 3-2～3-7のいずれか 「できない」 または 3-8～4-15のいずれか 「ない」以外 または 主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている
	(一) 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	
	(二) 移動において全介助を必要としない者	2-2：移動「全介助」以外
オ 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	1-8：立ち上がり「できない」
	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者	
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	2-1：移乗 「一部介助」または「全介助」
(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※（注）参照	
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	次のいずれにも該当する者	2-6：排便「全介助」
	(一) 排便が全介助を必要とする者	
	(二) 移乗が全介助を必要とする者	2-1：移乗「全介助」

(注) ア（二）、オ（三）は該当する調査結果がないため、主治医等からの情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能なる者が参加する適切なケアマネジメントにより判断してください。（軽度者に対する福祉用具貸与届出の提出は不要です。）