

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

居宅介護支援事業所（包括支援センター）： _____

担当介護支援専門員： _____

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付対象者」に該当するかどうかの医学的所見をお願いします。

【担当介護支援専門員が記入】

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
	(住所)	
	(要介護度) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 (該当するものに○を付ける)	

【以下は医療機関が記入】

(1) 下記の福祉用具が必要な状態の原因となる疾病等の名称を記載して下さい。(複数回答も可です)

疾病等の名称	
--------	--

(2) (1) の疾病等により福祉用具が必要と判断した理由として、具体的な回答を記載して下さい。

疾病等によって引き起こされる症状、又は引き起こされることが確実に見込まれる症状をチェックして下さい。(複数のチェックも可) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 筋力の著しい低下 <input type="checkbox"/> 重篤な病状の悪化 (具体的に： _____) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： _____)
--

(3) 以下の事例から被保険者の状態に該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	i	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(4)の状態となることがある。 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF)現象
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに(4)の状態に至ることが確実に見込まれる。 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	iii	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(4)の状態であると判断する。 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	iv	i～iiiの状態ではない。

(4) 福祉用具の貸与については該当するもの1つをチェックして下さい。

<input type="checkbox"/>	車いす及び付属品 (日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる)
<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び付属品 (日常生活に起き上がりもしくは寝返りが困難)
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具・体位変換器 (日常的に寝返りが困難)
<input type="checkbox"/>	移動用リフト (移動用リフト) ※下記のいずれかに○をつけてください。 移乗の一部介助または全介助を要する ・ 生活環境において段差の解消が必要と認められる 日常的に立ち上がりが困難
<input type="checkbox"/>	認知症高齢者徘徊感知器 (認知症のため意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない)

年 月 日

医療機関名 _____

担当医師 氏名 _____