

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

年 月 日

医療機関名

事業所名
担当者名

申立て日、事業者名、担当者名をご記入

次の被保険者につきまして、「(介護予防)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、「(介護予防)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		保険者番号		0	1	6	6	5	9
	被保険者氏名		被保険者番号							
	住所	〒 - - Tel (- -)								
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()	生年月日	年	月	日	性別	男・女		
対象貸与品目	<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器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置									

被保険者の情報をご記入ください

貸与する福祉用具を選択し

(医師記入欄)

病院名		医師氏名	
診断名		最終診察日	年 月 日
対象貸与品目	<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器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
<input type="checkbox"/>	Ⅰ	疾病などにより、状態が変動しやすく、日・時間帯によって、頻繁に対象貸与品目の貸与が必要と認められる者	
<input type="checkbox"/>	Ⅱ	疾病などにより、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象貸与品目の貸与の必要性が確実に見込まれる者	
<input type="checkbox"/>	Ⅲ	疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から対象貸与品目の貸与が必要と認められる者	
<input type="checkbox"/>	上記Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの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に該当する場合のみ記入してください)		

病院名、医師氏名、診断名、最終診察日をご記入

貸与すべきで

該当するもの

上記Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに該当する場合のみ記入

別表

対象外種目	利用者等告示(第88号において準用する)第31号のイ
ア 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)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
イ 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困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者
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
エ 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
オ 移動用リフト(つりぐの部分を除く)	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 (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (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