軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的な所見について

居宅介護（介護予防）支援事業所等名：

担当者氏名：

電話番号：

次の介護保険被保険者につきまして、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、「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、医学的な所見をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 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 | □要支援１　□要支援２　□申請中  □要介護１　□要介護２　□要介護３ | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | |

**＜　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、症状経過等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 |
| 症状経過等 | |  | | |
| □ | 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状態（※）に該当する | | |
| □ | 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状態（※）に該当することが確実に見込まれる | | |
| □ | 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告示で定める状態（※）に該当すると判断できる | | |
| □ | 上記　ⅰ、ⅱ、ⅲのいずれにも該当しない | | | |
| 必要な福祉用具の種類 | | □車いす　　　　　□車いす付属品　　□特殊寝台　　□特殊寝台付属品  □床ずれ防止用具　□体位変換器　　　□認知症老人徘徊感知機器  □移動用リフト　　□自動排泄処理装置 | | |

（※）「告示で定める状態」については、裏面を参照ください。

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 担当医師名 |  | 電話番号 |  |
| 所　在　地 |  | | |

裏　面

【　参　考　】

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 告示で定める状態 |
| 車いす及び  車いす付属品 | 1. 日常的に歩行が困難なもの 2. 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 |
| 特殊寝台及び  特殊寝台付属品 | 1. 日常的に起きあがりが困難な者 2. 日常的に寝返りが困難な者 |
| 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 |
| 認知症老人徘徊感知機器 | 1. 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 2. 移動において全介助を必要としない者 |
| 移動用リフト  （つり具の部分を除く） | 1. 日常的に立ち上がりが困難な者 2. 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 3. 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| 自動排泄処理装置 | 1. 排便が全介助を必要とする者 2. 移乗が全介助を必要とする者 |