軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる医学的所見について

居宅介護支援事業所：

担当介護支援専門員：

【基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別 | 男　・　女 | 生 年 月 日 | （　　　　　歳） | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援１　　□要支援２　　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３  □認定申請中（申請日　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 | □車いす及び車いす付属品　　　　　　　　□特殊寝台及び特殊寝台付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換器　　　　　□認知症老人徘徊感知機器  □移動用リフト（つり具の部分を除く。） 　□自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | |

＜かかりつけ医記入欄＞

【福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像】

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、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おる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、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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見地から告示で定める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、心疾患による心不全、嚥下障害による嚥下性肺炎の回避） |

【当該福祉用具貸与が必要な医学的所見】

|  |  |
| --- | --- |
| 疾　病　名 |  |
| 医学的所見 |  |

（記入日）　　　　年　　　月　　　日　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名