

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

下記の被保険者につきまして、アセスメントの結果、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（i～iii）」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否を検討する際に医学的所見が必要となっております。つきましては、下記記載の福祉用具について、利用が必要か否かの医学的所見をお願いいたします。

居宅介護支援事業所： _____

居宅介護支援専門員： _____

《被保険者情報》

被保険者氏名				被保険者番号											
被保険者住所															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
確認をお願いする福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <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機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)														

《医学的所見》

例外給付の対象とすべき状態像	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない
福祉用具貸与の利用が必要な状態像	<input type="checkbox"/> (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第95号告示第25号のイに該当する。	
	<input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。	
	<input type="checkbox"/> (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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。	
※「福祉用具貸与の利用が必要な状態像」の原因となる傷病名、症状等を下記にご記入ください。		
傷病名		
症状等		

記入日：平成 年 月 日

医療機関名： _____

医療機関所在地： _____

担当医師氏名： _____

※氏名については自署または押印をお願いします。

※第95号告示第25号のイについては、裏面のとおり。

厚生労働大臣が定める「第95号告示第25号のイ」の状態像一覧

種目	厚生労働大臣が定める者のイ
車いす及び 車いす付属品	①日常的に歩行が困難な者
	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日常的に起き上がりが困難な者
	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
	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移乗が一部介助また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 (交換可能な部品を除く)	①移乗が全介助を必要とする者
	②排便が全介助を必要とする者