軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する情報提供書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医師氏名

　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

医療機関名

所在地

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険  被保険者 | 氏　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日生 | | |
| 住所 |  | | |

※　□のある欄は該当の□にチェックをお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断名 |  | |
| 医学的所見からの必要性 |  | |
| 福祉用具が必要な状態像 | □　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福祉用具が必要な状態に該当する。 | |
| □　Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、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。 | |
| □　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回避等医学的判断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。 | |
| 必要な福祉用具の種類 | □　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  □　自動排泄処理装置 |

〈参考〉

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の品目 | 利用者等告示第３１号告示のイ  （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）　日常的に起き上がりが困難な者  （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）　意志の伝達、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 | 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 | 次のいずれかに該当する者  （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 |