

見本(車いす用)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (車いす用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)																		
	(住所)																			
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2	要介護 1																
確認をお願いする福祉用具	車いす及び車いす付属品																			

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)



傷病名	
<input type="checkbox"/>	i 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「歩行が困難な者」に該当する
<input type="checkbox"/>	ii 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	iii 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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (特殊寝台用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____
担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)							
	(住所)								
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2	要介護 1					
確認をお願いする福祉用具	特殊寝台及び特殊寝台付属品								

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)



傷病名		
<input type="checkbox"/>	i	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「 <u>起き上がりが困難な者</u> 」か「 <u>寝返りが困難な者</u> 」のいずれかに該当する
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>起き上がりが困難な者</u> 」か「 <u>寝返りが困難な者</u> 」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	iii	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「 <u>起き上がりが困難な者</u> 」か「 <u>寝返りが困難な者</u> 」のいずれかに該当すると判断できる

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____
医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (床ずれ防止用具及び体位変換器用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)							
	(住所)								
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2	要介護 1					
確認をお願いする福祉用具	床ずれ防止用具及び体位変換器								

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)

↓

傷病名	
<input type="checkbox"/>	i 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「 <u>寝返りが困難な者</u> 」に該当する
<input type="checkbox"/>	ii 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>寝返りが困難な者</u> 」に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	iii 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「 <u>寝返り困難な者</u> 」に該当すると判断できる

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (認知症老人徘徊感知機器用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)																	
	(住所)																		
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2																
確認をお願いする福祉用具	認知症老人徘徊感知機器用																		

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)



傷病名		
<input type="checkbox"/>	i	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「 <u>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</u> 」に該当し、 <u>移動において全介助を必要としない</u>
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>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に該当する</u> 」に至ることが確実に見込まれ、 <u>移動において全介助を必要としない</u>
<input type="checkbox"/>	iii	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「 <u>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</u> 」に該当すると判断でき、 <u>移動において全介助を必要としない</u>

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (移動用リフト用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)							
	(住所)								
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2	要介護 1					
確認をお願いする福祉用具	移動用リフト (つり具の部分を除く。)								

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)



傷病名		状態像
<input type="checkbox"/>	i	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「 <u>立ち上がり困難な者</u> 」か「 <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> 」のいずれかに該当する
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>立ち上がり困難な者</u> 」か「 <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> 」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	iii	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「 <u>立ち上がり困難な者</u> 」か「 <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> 」のいずれかに該当すると判断できる

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印

軽度者等に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について (自動排泄処理装置用)

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 ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

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」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)							
	(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			
確認をお願いする福祉用具	自動排泄処理装置								

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に
(該当する ・ 該当しない)

↓

傷病名		状態像
<input type="checkbox"/>	i	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「 <u>排便及び移乗において全介助を必要とする者</u> 」に該当する
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>排便及び移乗において全介助を必要とする者</u> 」に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	iii	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「 <u>排便及び移乗において全介助を必要とする者</u> 」に該当すると判断できる

※ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____

※ 氏名については自書又は押印