

年 月 日

福祉用具貸与の例外利用に係る医学的所見確認書

事業所名 _____

担当・連絡先 _____

次の者について、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伺います。つきましては、お忙しいところ恐れ入りますが、医療機関回答項目についてご回答をお願いいたします。

患者住所					
患者氏名		生年月日	M	T	S
介護保険被保険者番号		介護度	支援1	支援2	介護1 介護2 介護3

【医療機関回答項目】

例外給付該当の判断 福祉用具貸与の例外利用について 必要 ・ 不要 と判断する。

原因となる主な傷病名・状態等

--

必要となる福祉用具（該当するものにチェックをお願いします）

<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"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 移動用リフト

福祉用具が必要な理由（該当するものにチェックをお願いします）

<input type="checkbox"/>	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、頻繁に上記の福祉用具の貸与が必要な状態 に該当するため
<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、 状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の福祉用具の貸与が必要な状態 になることが確実に見込まれるため
<input type="checkbox"/>	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、上記の福祉用具の貸与が必要な状態 に該当すると判断できるため

その他特記事項

--

医療機関記入日 年 月 日 回答者 _____