

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する医学的所見

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
住 所	那須塩原市		
生 年 月 日	年	月	日

上記、介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

医療機関住所

電話番号

●医学的所見（次の i）～iii）の状態像（該当する場合にチェック）

- 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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
- 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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者

身体状況等含めた医師の意見

●該当する状態像から判断して利用が必要な福祉用具の種類（該当する場合にチェック）

利 用 が 必 要 な 福 祉 用 具 の 種 類	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 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（つり具の部分を除く。）	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引できる機能のもの を除く）	