

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険被保険者	ふりがな	
	氏名	男・女 明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	

上記の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。

令和 年 月 日

医師氏名 _____

医療機関名 _____

医療機関住所

Tel _____

1. 福祉用具の利用が必要な状態像等

(いずれかの項目にチェックして、疾病名、症状等を記入してください)

- 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者。

(疾病名、症状)

- 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者。

(疾病名、症状)

- 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、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者。

(疾病名、症状)

2. 利用が必要な福祉用具 (□にチェックしてください。)

- | | |
|--|--|
| <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"/> 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 |

告示で定める状態は、裏面のとおりに

福祉用具の種目	告示で定める状態
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
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) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難
床ずれ防止用具及び 体位変換器	日常的に寝返りが必要な者
認知症老人徘徊感知機器	次の <u>いずれにも</u> 該当する者 (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障があるもの (二) 移動において全介助を必要としない者
移動用リフト (つり具の部分を除く。)	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
自動排泄処理装置	次の <u>いずれにも</u> 該当する者 (一) 排便において全介助を必要とする者 (二) 移乗において全介助を必要とする者