

軽度者に対する福祉用具貸与の例外にかかる医学的所見について

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			

「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		
☐	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
☐	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
☐	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
チェックを入れた該当区分についての具体的状況		

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名