様式第２号

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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」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