

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的な所見について

次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いて行うこととしています。

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な所見をお願いします。

居宅介護支援事業所等：_____

担当介護支援専門員等：_____

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)	
	(住所)		
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2 要介護 1
福祉用具名			

「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 ☐ 該当しない)

☐	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、頻繁に起きあがりが困難な者又は寝返りが困難な者のいずれかに該当する者
☐	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに起きあがりが困難な者又は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起きあがりが困難な者又は寝返りが困難な者のいずれかに該当すると判断できる者

該当の□欄にチェックをして、対象者の状態像を具体的に記入してください。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____