

医療機関名

居宅介護支援事業所名

主治医

様

住 所

電 話

担当ケアマネージャー

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会票）

平素は、円滑な地域医療・介護連携の推進にご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

この度、下記の患者様につきまして、アセスメントの結果に基づき下記の福祉用具が必要と判断し貸与を検討しております。しかし、軽度者（要支援1・2、要介護1～3）が福祉用具貸与の保険給付を受ける場合、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当する必要がありますので、先生のご意見を賜わりたくお願いいたします。

なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、郵送にてお願いいたします。

【ケアマネージャー記入欄】

患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 -	要介護度	
貸与を検討中の福祉用具		ケアマネジメントに基づく状態像	
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者		
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者		
<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗が全介助を必要とする者		
上記福祉用具を必要とする理由			

【主治医記入欄】

「上記、福祉用具の使用が必要と認められる状態像」に（ 該当する ・ 該当しない ）

※該当する場合、該当する状態像にチェックおよび傷病名、医学的所見のご記入をお願いします。

医学的所見に基づく状態像	<input type="checkbox"/> (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、頻繁に上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当する。
	<input type="checkbox"/> (Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当するに至ることが確実に見込まれる。
	<input type="checkbox"/> (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上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当すると判断できる。
上記の原因となる傷病名	
上記状態像と判断する具体的な医学的所見	例) 対象者はパーキンソン病により内服加療中であり、ON・OFF現象の影響により、頻繁に臥位からの起き上がりが著しく困難となるため、上記状態像(Ⅰ)に該当する。

記入日 年 月 日

医療機関名	主治医氏名
-------	-------