

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの特例に関する主治医からの意見

年 月 日

被保険者	氏 名		被保険者番号															
	要介護度																	
主治医	医療機関名																	
	主治医名																	
該当する状態	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者																	
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者																	
	<input type="checkbox"/> 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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者																	
医師の医学的所見	※「起き上がりが困難なため特殊寝台が必要である」といった記載では、上記の該当する状態にあるかを確認できません。疾病名、具体的な症状、福祉用具種目名及びその使用の必要性について、明記してください。																	
記入年月日	年 月 日																	
貸与品目	<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	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置														

記入例

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの特例に関する主治医からの意見

令和 〇年 〇月 〇日

被保険者	氏名	〇〇 〇〇	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護度	要介護 1											
主治医	医療機関名	〇〇病院											
	主治医名	〇〇 〇〇											
該当する状態	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者 <input checked="" type="checkbox"/> 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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者												
医師の医学的所見	<p style="text-align: center; color: red;">人工関節の術後で、著しい下肢筋力低下のため、歩行、立ち上がり、移乗において、不安定な状態である。</p> <p style="text-align: center; color: red;">移動用リフト（昇降座椅子）の使用により床からの昇降を補助し、立ち座り及び移乗の際の脱臼の危険性を回避する必要がある。</p>												
記入年月日	令和 〇年 〇月 〇日												
貸与品目	<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 checked="" type="checkbox"/>	移動用リフト	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置									