

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（聞き取りによるもの）

年 月 日

被保険者	氏 名		被保険者番号																		
	要介護度																				
支援事業所	事業所名																				
	担 当 職 員								電話番号												
主治医	医療機関名								主治医名												
	住 所																				
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つて、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																				
聞き取り 内 容	※記入例を参考に、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、医師より十分に聞き取りを行い、明記してください。																				
聞き取り 年 月 日	年 月 日							聞き取り 方 法													
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（聞き取りによるもの）

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者	氏名	○○ ○○	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	要介護度	要介護 1												
支援事業所	事業所名	居宅介護支援事業所 ○○○○												
	担当職員	○○ ○○	電話番号	0285-72-○○○○										
主治医	医療機関名	○○病院	主治医名	○○ ○○										
	住所	益子町大字益子○○番地												
該当する状態	<input checked="" 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													
聞き取り内容	パーキンソン病（その他、重度の関節リウマチなど）で、内服加療中に急激な症状の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF現象）が頻繁に起きるため状態が変動しやすく、日によって起きあがり困難となる。特殊寝台及び特殊寝台付属品の使用が必要である。													
聞き取り年月日	令和 ○年 ○月 ○日				聞き取り方法	訪問による聴取								
貸与品目	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input checked="" 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										