（様式2-1）

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**

（車いす用）

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） |
| （要介護度）　　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ |
| 確認をお願いする福祉用具 | 車いす及び車いす付属品 |

「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 |  |
| 状態像 | □ 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「歩行が困難な者」に該当する。 |
| □ ⅱ | 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「歩行が困難な者」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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる。 |

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の

□欄にチェックをお願いします。

年　　月　　日

医 療 機 関 名：

医療機関所在地：

担当医師 氏名 ：

※氏名については自書又は押印 （様式2-2）

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**

（特殊寝台用）

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） |
| （要介護度）　　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ |
| 確認をお願いする福祉用具 | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |

「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 |  |
| 状態像 | □ 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。 |

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の

□欄にチェックをお願いします。

年　　月　　日

医 療 機 関 名：

医療機関所在地：

担当医師 氏名 ：

※氏名については自書又は押印（様式2-3）

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**

（床ずれ防止用具及び体位変換器用）

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） |
| （要介護度）　　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ |
| 確認をお願いする福祉用具 | 床ずれ防止用具及び体位変換器 |

「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 |  |
| 状態像 | □ 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「寝返りが困難な者」に該当する。 |
| □ ⅱ | 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「寝返りが困難な者」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「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる。 |

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の

□欄にチェックをお願いします。

年　　月　　日

医 療 機 関 名：

医療機関所在地：

担当医師 氏名 ：

※氏名については自書又は押印（様式2-4）

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**

（認知症老人徘徊感知機器用）

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） |
| （要介護度）　　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ |
| 確認をお願いする福祉用具 | 認知症老人徘徊感知機器 |

「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 |  |
| 状態像 | □ 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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当し、移動において全介助を必要としない。 |
| □ ⅱ | 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当するに至ることが確実に見込まれ、移動において全介助を必要としない。 |
| □ 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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当すると判断でき、移動において全介助を必要としない。 |

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の

□欄にチェックをお願いします。

年　　月　　日

医 療 機 関 名：

医療機関所在地：

担当医師 氏名 ：

※氏名については自書又は押印（様式2-5）

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について**

（移動用リフト用）

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） |
| （要介護度）　　　要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ |
| 確認をお願いする福祉用具 | 移動用リフト（つり具の部分を除く） |

「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 |  |
| 状態像 | □ 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「立ち上がりが困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」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「立ち上がりが困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」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「立ち上がりが困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当すると判断できる。 |

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の

□欄にチェックをお願いします。

年　　月　　日　　　　　　　　　医 療 機 関 名：

医療機関所在地：

担当医師 氏名 ：

※氏名については自書又は押印