（別紙様式）

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

(指定居宅介護支援事業者名又は指定介護予防支援事業者名)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　記入日　　令和　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  |
| 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日生 |
| 住　所 |  |
| 目　的 | 福祉用具貸与に係る医学的所見についての廿日市市による確認 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | 最終診察日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 症状経過等 | 症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・既往歴及び家族歴  |
| □ | 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、頻繁に厚生　　労働大臣が定める者等（平成１２年厚生省告示第２３号。以下「第２３号告示」という｡）第１９　　　号のイに該当する者 |
| □ | ⅱ | 　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第２３号告示第１９号のイに　　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第　２３号告示第１９号のイに該当すると判断できる者 |
| 必要な福祉用具の種類 | □　車いす　　□　車いす付属品　　□　特殊寝台　　□　特殊寝台付属品　　□　床ずれ防止用具　　□　体位変換器　　□　認知症老人徘徊感知機器　　　□　移動用リフト　　　□　自動排泄処理装置（※）第２３号告示第１９号　　イ　次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者　　(1)　車いす及び車いす付属品　次のいずれかに該当する者　　　(一)　日常的に歩行が困難な者(二)　日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者　　(2)　特殊寝台及び特殊寝台付属品　次のいずれかに該当する者　　　(一)　日常的に起きあがりが困難な者　(二)　日常的に寝返りが困難な者　　(3)　床ずれ防止用具及び体位変換器　日常的に寝返りが困難な者　　(4)　認知症老人徘徊感知機器　次のいずれにも該当する者　　　(一)　意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者　　　(二)　移動において全介助を必要としない者　　(5)移動用リフト（つり具の部分を除く。）次のいずれかに該当する者　　　(一)　日常的に立ち上がりが困難な者　(二)　移乗が一部介助又は全介助を必要とする者　　　(三)　生活環境において段差の解消が必要と認められる者　　(6)自動排泄処理装置　次のいずれかに該当する者　　　(一)排便が全介助を必要とする者　　(二)移乗が全介助を必要とする者 |