

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 ・ 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	
-----	--

<input type="checkbox"/>	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「 <u>寝返りが困難な者</u> 」に該当する
<input type="checkbox"/>	ii	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「 <u>寝返りが困難な者</u> 」に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	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「 <u>寝返り困難な者</u> 」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