

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 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

対象者	氏名			
	性別	男・女	生年月日	_____年 _____月 _____日
	住所			
目的		福祉用具貸与に係る医学的所見についての安芸高田市による確認		

※ 該当の□欄にチェックをお願いします。

診断名	最終診察日	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	
<input type="checkbox"/>	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、頻繁に利用者等告示第 31 号のイに該当する者
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイに該当することが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/>	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利用者等告示第 31 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	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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	

(※) 利用者等告示 第 31 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) 移乗において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 次のいずれにも該当する者
  - (一) 排便において全介助を必要とする者
  - (二) 移乗において全介助を必要とする者