

主治医 様

居宅介護支援事業所

地域包括支援センター

担当介護支援専門員

### 軽度者に対する介護保険福祉用具貸与にかかる医学的所見について

下記の被保険者につきまして、「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いて検討中です。

つきましては、下記の「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、医学的な所見をお願いいたします。

被保険者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名																			
	住所	〒 調布市 ( ☎ )																		
要介護度		確認をお願いする福祉用具																		

-----  
(医師記入欄)

下記の、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の該当箇所に☑をお願いいたします。

該当欄 (☑)	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	
<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める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(例:がん末期の急速な状態悪化)
<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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

原因となる疾病名及び、当該福祉用具貸与が必要な理由の記入をお願いいたします。

当該福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	疾病名	

年 月 日

病院名

調布市 福祉健康部 高齢者支援室  
介護保険担当 ☎042-481-7321

主治医名