

軽度者に対する福祉用具貸与の医師の医学的所見照会（依頼）

軽度者に対する福祉用具の例外給付に関して、被保険者が下記の i) ～ iii) の状態像に該当するか確認を宜しくお願いいたします。

被 保 険 者	被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	〒			
	要介護状態区分	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 【自動排泄処理装置貸与の場合のみ】 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3			
	認 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			

***以下の該当の□欄へのチェック及び担当医師名等の記入、押印をお願いいたします。**

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・現在の処方及び家族歴		
i)	☐ 該当 ☐ 非該当	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、頻繁に第 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当する者 （例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象）	
ii)	☐ 該当 ☐ 非該当	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当するに至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）	
iii)	☐ 該当 ☐ 非該当	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 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当すると判断できる者 （例 喘息発作等による呼吸不全・心疾患による心不全）	

※「第 2 3 号告示第 2 1 号のイ」については、裏面を参照ください。

貸与が必要と 判断した福祉用具	種 類	☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ☐ 車いす及び車いす付属品
		☐ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器
		☐ 移動用リフト（ ☐ 昇降座椅子 ☐ 段差解消機 ☐ バスリフト）
		☐ 自動排泄処理装置

医 療 機 関 名		所 見 確 認 日	年 月 日
担 当 医 師 名		電 話 番 号	
所 在 地	〒		

【参考】

福祉用具の種類	第23号告示第21号のイに該当する状態
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) 日常生活範囲における移動が特に必要と認められる者
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
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
認知症老人徘徊感知機器	<u>次のいずれにも該当する者</u>
	(一) 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
	(二) 移動において全介助を必要としない者
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
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能の ものを除く)	<u>次のいずれにも該当する者</u>
	(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