

介護保険 軽度者の福祉用具貸与例外給付に係る医師の意見書

患者氏名	(住 所)
<b>【状 態】</b> (該当するものにチェック)	
<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等)	
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる (例：がん末期の急速な状態悪化 等)	
<input type="checkbox"/> 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福祉用具が必要な状態 (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 等)	
<b>【原因となる疾病名】</b>	
<b>【所 見】</b>	
<b>【必要な福祉用具】</b> (該当するものにチェック)	
<input type="checkbox"/> 車いす (付属品含む) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 (付属品含む) <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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	
上記のとおり、この患者に福祉用具の利用が必要であることを証明する。	
年      月      日	
医療機関名	
所 在 地	
医師氏名	⑩

※同内容の医師の証明が別にある場合は、この様式を使用する必要はありません。