

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

記入日 令和 年 月 日

医療機関名	
医師氏名	
電話番号	

被保険者	氏名				
	性別	男・女	生年月日	M T S	年 月 日生

※該当の□欄にチェックを入れてください

該当する被保険者の状態像	<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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する
	<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる
	<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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる
症状経過等	症状経過及び具体的な状態	
必要な福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器

※) 第95号告示第25号（平成24年厚生省告示 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等）

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 次に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 次に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 次に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。） 次に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

居宅介護(介護予防)支援事業所名	
計画作成者(介護支援専門員)氏名	