

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

_____ 様

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

対象者	氏名		被保険者番号																	
	生年月日	明・大・昭 _____ 年 ____ 月 ____ 日																		
必要とする福祉用具																				
目的		福祉用具貸与に係る医学的所見についての確認																		

※ 該当の□にチェックをお願いします。

原因となる疾病等																				
具体的な状態像																				
<input type="checkbox"/>	i) 状態の変化	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、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイ（※）に該当する者																		
<input type="checkbox"/>	ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイ（※）に該当することが確実に見込まれる者																		
<input type="checkbox"/>	iii) 医師禁忌	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厚生労働大臣が定める者のイ（※）に該当すると判断できる者																		

※厚生労働大臣が定める者のイ（平成27年厚生労働省第94号告示第31号）

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

ア 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の支援が特に必要と認められる者

イ 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)日常的に起き上がりが困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者

ウ 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

エ 認知症老人徘徊探知機 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・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

オ 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

カ 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者

(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