

病院名

担当医

電話番号

支援事業所

担当者

電話番号

## 軽度者に対する福祉用具貸与に関す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します。

被保険者名	フリガナ		被保険者番号							
	氏名		0	5	0	0	0	0		
	住所	〒	(Tel )							
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		確認をお願いする福祉用具		床ずれ防止用具					

## 《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」に該当していれば、該当箇所に☑をお願いします。また原因となる疾病名を記入してください。

該当欄 ☑	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像		疾病名
<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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	
<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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	
<input type="checkbox"/>	Ⅲ	疾病その他の原因により、身体へ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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	

上記の被保険者に、福祉用具の貸与が必要と考えられる医学的所見をお願いします。

--

令和 年 月 日

病院名

主治医名

病院名

担当医

電話番号

支援事業所

担当者

電話番号

## 軽度者に対する福祉用具貸与に関す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します。

被保険者名	フリガナ		被保険者番号							
	氏名		0	5	0	0	0	0		
	住所	〒	(Tel )							
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		確認をお願いする福祉用具		特殊寝台 特殊寝台付属品					

## 《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」に該当していれば、該当箇所に☑をお願いします。また原因となる疾病名を記入してください。

該当欄 ☑	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像		疾病名
<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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	
<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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	
<input type="checkbox"/>	Ⅲ	疾病その他の原因により、身体へ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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する者	

上記の被保険者に、福祉用具の貸与が必要と考えられる医学的所見をお願いします。

--

令和 年 月 日

病院名

主治医名

病院名

担当医

電話番号

支援事業所

担当者

電話番号

## 軽度者に対する福祉用具貸与に関す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します。

被保険者名	フリガナ		被保険者番号							
	氏名		0	5	0	0	0	0		
	住所	〒	(Tel )							
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		確認をお願いする福祉用具		認知症老人徘徊感知器					

## 《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」に該当していれば、該当箇所に☑をお願いします。また原因となる疾病名を記入してください。

該当欄 ☑	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像		疾病名
<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「日常的に歩行が困難」か「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」のいずれかに該当する者	
<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「日常的に歩行が困難」か「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」いずれかに該当する者	
<input type="checkbox"/>	Ⅲ	疾病その他の原因により、身体へ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「日常的に歩行が困難」か「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」いずれかに該当する者	

上記の被保険者に、福祉用具の貸与が必要と考えられる医学的所見をお願いします。

--

令和 年 月 日

病院名

主治医名