医師の意見【医学的な所見】（軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定介護予防支援事業者名  指定居宅会支援事業者名 |  | 担当介護支援専門員名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | |  | 生年月日 | |  |
| 傷病名 | |  | | | |
| 1　症状、治療経過等（具体的に記載してください） | | | | | |
| 2　（Ⅰ）～（Ⅲ）のうち該当する状態像、下表にチェックをつけてください。**（裏面参照）**  □（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下表の右欄の状態像に該当する者（例：パーキンソン病、重度の関節リウマチ）  □（Ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に下表の右欄の状態像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）  □（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下表の右欄の状態像に該当すると判断できる者（例：呼吸不全、心不全、誤嚥性肺炎の回避） | | | | | |
| 必要な福祉用具 | 例外給付対象種目  （該当するものにﾁｪｯｸをつけてください） | | | 例外給付が認められる状態像  （該当するものにﾁｪｯｸをつけてください） | |
| □ア　車いす及び同付属品  （右記いずれかに該当する者） | | | □日常的に歩行が困難  □日常生活範囲における移動の支援が特に必要 | |
| □イ　特殊寝台及び同付属品  （右記のいずれかに該当する者） | | | □日常的に起き上がりが困難  □日常的に寝返りが困難 | |
| □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 | |
| □エ　認知症老人徘徊感知機器 | | | □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り、かつ移動において全介助を必要としない | |
| □オ　移動用リフト（つり具部分除く）  （右記のいずれかに該当する者） | | | □日常的に立ち上がりが困難  □移乗に一部介助又は全介助が必要  □生活環境において段差の解消が必要 | |
| 年　　　月　　　日  住所  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | |

※太枠内は医師が記入

■　2の状態像



（H19.3.14　厚生労働省「地域包括支援センター・介護予防事業担当会議資料」より）