

軽度者への福祉用具貸与に係る医学的所見書

被保険者氏名		被保険者番号	
居宅介護支援事業所・ 地域包括支援センター		担 当 者	

上記の被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る所見は、以下のとおりです。

年 月 日

医 師 名	印
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	

1. 福祉用具の利用が必要な状態像等（いずれかの□にチェックし、疾病名、症状等を記入してください。）

<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94号告示第31号のイに該当する。 この項目に該当する疾病名： 症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：
<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94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる。 この項目に該当する疾病名： 症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：
<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94号告示第31号のイに該当すると判断できる。 この項目に該当する疾病名： 症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：

2. 利用が必要な福祉用具（□にチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器			

※ 94号告示第31号のイについては、裏面のとおり。

厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ）

対象外種目	状態像
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 体位変換機	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感知機器	次の <u>いずれにも該当</u> 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
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
カ 自動排泄処理装置	次の <u>いずれにも該当</u> する者 (一) 排便において全介助を必要とする者 (二) 移乗において全介助を必要とする者