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 |  |
| 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。）

|  |
| --- |
| □ 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）：** |
| □ 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）：** |
| □ 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。）

|  |
| --- |
| □車いす　　　　　　　　□車いす付属品　　　　　□特殊寝台　　　　　　□特殊寝台付属品□床ずれ防止用具　　　　□体位変換器　　　　　　□移動用リフト　　　　□自動排泄処理装置□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**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 |
| 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**いずれにも該当**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 |