


【記載例】

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	児玉 保己一	被保険者番号	0000777777
居宅介護支援事業所・ 地域包括支援センター	居宅介護支援事業所はにぼん	担当者	本庄 はにぼん

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。

平成31年 2月 12日

医師名	埴輪 太郎 
医療機関名	〇〇〇医院
医療機関所在地	本庄市児玉町八幡山368

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：**気管支喘息**

症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：

重度のぜんそく発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。

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 checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 | <input checked="" 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。

【記載例】

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