

# 様式 2

主治医 様

居宅介護支援事業所：  
 担当介護支援専門員：  
 TEL：  
 FAX：

## 軽度者に対する介護保険福祉用具貸与に係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いたします。

|                          |                          |                 |       |                        |    |        |  |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|-------|------------------------|----|--------|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ                     |                          |                 |       |                        |    | 保険者番号  |  | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 6 |
| 被保険者氏名                   |                          |                 |       |                        |    | 被保険者番号 |  |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                     | 明・大・昭                    | 年               | 月     | 日生                     | 性別 | 男 ・ 女  |  |   |   |   |   |   |   |
| 住所                       | 〒<br>電話番号 ( )            |                 |       |                        |    |        |  |   |   |   |   |   |   |
| 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の種目 (該当種目に○) | 車いす<br>床ずれ防止用具<br>移動用リフト | 車いす付属品<br>体位変換器 | 特殊寝台  | 特殊寝台付属品<br>認知症老人徘徊感知機器 |    |        |  |   |   |   |   |   |   |

(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」に該当するかどうか該当欄①にレ印を、該当していれば該当欄②と③にレ印をお願いいたします。また、原因となる疾病名の御記入をお願いいたします。

**該当欄①**  該当する  該当しない



|                          |               |                                 |  |  |                          |   |           |  |  |  |  |  |
|--------------------------|---------------|---------------------------------|--|--|--------------------------|---|-----------|--|--|--|--|--|
| 疾病名                      |               |                                 |  |  |                          |   |           |  |  |  |  |  |
| 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像    |               |                                 |  |  |                          |   |           |  |  |  |  |  |
| <b>該当欄②</b>              | 医学的所見にもとづく状態像 |                                 |  |  |                          | <b>該当欄③</b>   | 該当する心身の状態 |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | i             | 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必要   |  |  | <input type="checkbox"/> | 歩行が困難な者   |           |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | ii            | 状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要性が確実に見込まれる   |  |  | <input type="checkbox"/> | 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                           |           |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | iii           | 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必要 |  |  | <input type="checkbox"/> | 起き上がりが困難な者  |           |  |  |  |  |  |
|                          |               |                                 |  |  | <input type="checkbox"/> | 寝返りが困難な者  |           |  |  |  |  |  |
|                          |               |                                 |  |  | <input type="checkbox"/> | 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る者で、かつ、移動において全介助を必要としない者 |           |  |  |  |  |  |
|                          |               |                                 |  |  | <input type="checkbox"/> | 立ち上がりが困難な者  |           |  |  |  |  |  |
|                          |               |                                 |  |  | <input type="checkbox"/> | 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者                                   |           |  |  |  |  |  |
|                          |               |                                 |  |  | <input type="checkbox"/> | 生活環境において段差の解消が必要と認められる者                               |           |  |  |  |  |  |

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いたします。

|  |
|--|
|  |
|--|

米沢市 健康福祉部 高齢福祉課  
 介護認定給付担当 0238-22-5111  
 内線3903

令和 年 月 日

病院名

主治医名