

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

介護保険における福祉用具貸与では、平成18年4月から、軽度者(要支援1・2、要介護1)の状態像から使用が想定しにくい種目は、保険給付の対象外となっています。

ただし、種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人については、医師の意見に基づき、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより特に必要である旨が判断された場合においては福祉用具貸与が可能であるという基準が示されました。

つきましては、下記対象者について、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」にあるかどうか医学的所見をお願いします。

なお、福祉用具貸与が必要であると判断された際は、大鰐町への届出が必要となることから、本医学的所見を提出することに同意願います。

対象者	氏名					
	性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生
	住所					

【医師記載欄】

福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像にある場合は、原因となる傷病名及び症状経過等の記入と、該当の□欄へのチェックをお願いします。

記入日 令和 年 月 日

傷病名			
症状経過等			
<input type="checkbox"/>	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者	
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者	
<input type="checkbox"/>	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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者	
必要な福祉用具の種類	<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"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
医療機関名		担当医師名	
医療機関住所	〒 電話番号		

事業所名	記載依頼日	令和 年 月 日
	担当者氏名	
事業所住所	〒 電話番号	