

福祉用具貸与に関わる情報提供書

主治医 殿

平成19年4月から、介護認定軽度者(要支援1・2及び要介護1)について、原則として保険給付の対象外となる福祉用具を医師の医学的所見に基づいて、例外的に貸与が必要かどうか判断することとなりました。つきましては、福祉用具の例外的貸与基準に該当するか等について情報提供をお願いいたします。

年 月 日

申請者	住所			
	氏名		対象者との続柄	

※申請者が対象者(本人)でない場合、下記の委任欄の記載が必要です。

対象者	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1							
	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日				
医学的所見が必要な福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置							

委任欄	福祉用具貸与に関わる情報提供を求めることを申請者に委任します。 氏名(対象者) _____
-----	--

主治医記載欄(以下太枠内に記載をお願いします。)

記載日	年 月 日
福祉用具の例外的貸与	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
例外的貸与が必要な場合該当する基準	<input type="checkbox"/> 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な状態になる <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要な状態になることが確実に見込まれる <input type="checkbox"/> 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な状態に該当する
原因となる疾病等	
特記事項	
主治医氏名	
医療機関名	