（ 照会先 ） 照会日　　　　年　　月　　日

医療機関名 （ 照会元 ）

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 事業所

主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

**軽度者に対する福祉用具貸与（例外給付）に係る医学的所見の照会について**

下記被保険者について、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するためご意見を賜りたく存じます。

**[ 担当者記入欄 ]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　 年　　月　　日 |
| 住　　　　所 | 〒 | 要介護度 | □ 申請中 　□ 要支援１ □ 要支援２  □ 要介護１ □ 要介護２ □ 要介護３ |

**検討中の福祉用具**

|  |
| --- |
| □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　 　　　□認知症老人徘徊感知機器　　　□移動用リフト（　　　　　　　　　　） 　　 □自動排泄処理装置 |

**上記福祉用具を必要とする理由**

|  |
| --- |
|  |

**[ 医師の所見 ]　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 回答日　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師氏名 | | |
| 医療機関名 | | |
| 医療機関所在地 | | |
| 傷病名 | | |
| 医学的  所見に基づく状態像 | □ | **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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイ **※裏面参照**  に該当する。 |
| □ | **ⅱ** 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 利用者等告示第三十一号のイ **※裏面参照** に該当することが確実に見込まれる。 |
| □ | **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利用者等告示第三十一号のイ **※裏面参照** に該当すると判断できる。 |
| □ | 上記**ⅰ～ⅲ**に該当しない |
| 上記状態像と判断する**具体的な医学的所見** | |  |

**表**厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（利用者等告示第三十一号のイ）

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 貸与要件 |
| 1. 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 |
| 2　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）日常的に起きあがりが困難な者  （二）日常的に寝返りが困難な者 |
| 3　床ずれ防止用具及び  体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 |
| 4　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、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者  （二）移動において全介助を必要としない者 |
| 5　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）移乗が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 |
| 6　自動排泄処理装置  　（尿のみを自動的に吸引  する機能のものを除く） | 次のいずれにも該当する者  （一）排便が全介助を必要とする者  （二）移乗が全介助を必要とする者 |