

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名																			
	住所																			

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

医療機関名

主治医氏名

印

下記の「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」の該当箇所に☑をお願いいたします。

該当欄 (☑)	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	
<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、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に該当す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

原因となる疾病名及び、当該福祉用具の貸与が必要な理由の記入をお願いいたします。

必要な福祉用具	
疾 病 名	
当該福祉用具貸与が必要な理由（医学的な所見）	

※厚生労働省第23号告示第21号のイは、裏面のとおりに記載してください。

福祉用具の種目	厚生労働省第23号告示第21号のイ
ア 車椅子及び車椅子付属品	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器	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、記憶又は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
オ 移動用リフト	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