

軽度者に対する福祉用具例外貸与にかかる医学的所見について

医療機関名

医師名 _____ 様

居宅介護支援事業所 _____

担当介護支援専門員 _____

所在地 _____

電話番号 _____

F A X _____

日頃より大変お世話になっております。

下記の被保険者につきまして、福祉用具の例外貸与の対象となる状態像に該当すると考え、必要性について判断するため医学的な所見が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますようご協力をお願いします。

【被保険者情報】

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住所			
要介護度		対象福祉用具	
本人の状態			

【医学的な所見の回答】

疾病その他の原因	
上記疾病等によりおこる心身の状態又は予測される状態	
該当する状態像 (いずれかにチェックをお願いします)	<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福祉用具を必要とする状態になる。 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具を必要とする状態に至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福祉用具を必要とする状態と判断できる。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名