軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目に係る

主治医からの診療情報提供書(医師記載様式)

主治医　　　　　　　　　　　　　殿

居宅介護（介護予防）支援事業所名

担当介護支援専門員（担当者）　名

介護保険制度において、軽度者（要支援１・２又は要介護１ ※自動排泄処理装置については、要介護２・３も含む）は次の福祉用具の貸与が原則対象外とされ、一定の要件にあてはまる方（厚生労働大臣が定める基準に該当する者）のみ貸与が認められます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象外種目 | ・車いす及び付属品　　　・特殊寝台及び付属品　・床ずれ防止用具及び体位変換器  ・認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト（つり具の部分を除く。）  ・自動排泄処理装置 |

　軽度者に対象外種目の貸与が認められるか否かは、原則として要介護（要支援）認定の基本調査の結果（一部の場合は主治医から得た情報及びケアマネジメント。以下同じ。）に基づき判断されますが、基本調査の結果のみで判断できないケースについては、医師の所見が求められています。

　つきましては、次の被保険者について下記の事項に係る所見をお願いします。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医　師　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 大　昭　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | | | | | |
| 疾　病　名 | | |  | | | | |
| 心身の状況  福祉用具が必要な場合は  その理由を含む。 | | |  | | | | |
| 対象外種目の貸与が例外的に認められうる場合に当たるか否か。  ※該当するものに○を付けて下さい。 | 関係する対象外種目 | 車いす及び付属品 | ・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 | | | | |
| 移動用  リフト | ・生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | | | |
| 全種目 | 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基準に該当する者  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  定める基準に該当することが確実に見込まれる者  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基準に該当すると判断できる者 | | | | |
|  | | ・いずれにも該当しない。 | | | | |
| 福祉用具の要否  ※該当するものをチエックしてください。 | | | □車いす及び付属品　　　　　　　　　　□特殊寝台及び付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換器　　　　□認知症老人徘徊感知機器  □移動用リフト（つり具の部分を除く）　□自動排泄処理装置  □以上の福祉用具は必要でない。 | | | | |