年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

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（介護予防福祉用具貸与）の例外に係る医学的所見の照会書**

日頃より大変お世話になっております。

この度，下記の被保険者について，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に先生のご意見を賜りたくご回答をお願いいたします。

なお，この照会は被保険者ご本人の同意を得て行っております。

**[担当者記入欄]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | M ・ T ・ S　　　 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 |

貸与を検討中の福祉用具

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 特殊寝台 | □ | 特殊寝台付属品 | □ | 床ずれ防止用具 | □ | 体位変換器 |

上記福祉用具を必要とする理由

|  |
| --- |
|  |

**[主治医記入欄]**

|  |
| --- |
| **傷病名** |
| **医学的所見に基づく　状態像** | □ | 疾病その他の原因により，状態が変動しやすく，日によってまたは時間帯によって，頻繁に「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する。 |
| □ | 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」になることが確実に見込まれる。 |
| □ | 疾病その他の原因により，身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的見地から「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる。 |
| **上記状態像と判断する具体的な医学的所見** | 　 |
| **利用が必要な****福祉用具** | * 特殊寝台　 □ 　特殊寝台付属品　 □ 　床ずれ防止用具　 □ 　体位変換器
 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名