【軽度者の福祉用具貸与について】

相馬郡医師会管内における主治医と介護支援専門員等連携シート

年　月　日

医療機関名	（　　科）
主治医	様

事業所名	
TEL	
FAX	
担当者氏名	

日頃より大変お世話になっております。
担当者よりサービスを提供する上でのご指示をいただきたく存じます。
利用検討中の福祉用具について、軽度者（要支援１・２、要介護１）の方は給付の対象外になります。
下記の「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（ⅰ～ⅲ）」の状態で、主治医の医学的所見とサービス担当者会議などの意見により貸与が可能となります。
ご多忙の折、誠に恐縮ですが、ご返信のほどお願い申し上げます。

《介護支援専門員等 ➡ 医師》

利用者氏名		住　所	
生年月日		要介護認定状況	□認定済み　（　要介護１　）　□未申請 □更新申請中　□新規申請中　□変更申請中
年齢/性別	歳　／	有効期間	年　月　日 ～ R　年　月　日

利用を検討している福祉用具

□車いす及び車いす付属品　□特殊寝台及び特殊寝台付属品　□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

貸与を検討している理由

お手数ですが　　月　　日 までに　返信をお願いします。

※個人情報の取り扱いについてはご本人・ご家族に同意をいただいております。

《医師 ➡ 介護支援専門員等》

福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像

□	ⅰ	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、福祉用具の利用を必要とする（記入例：パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象）
□	ⅱ	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具の利用を必要とする（記入例：がん末期の急速な状態悪化）
□	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福祉用具の利用を必要とする（記入例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

原因となる疾病など	

当該福祉用具貸与を必要とする具体的な身体状態など

令和　　年　　月　　日　主治医＿＿＿＿＿＿＿＿