

【軽度者の福祉用具貸与について】

紀北管内における主治医と介護支援専門員連携シート (sheet2)

令和 年 月 日

医療機関名	(科)	↔	事業所名	
主治医	様		TEL	
			FAX	
			担当者氏名	

平素は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が、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、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 → 医師》			
利用者氏名		住 所	
生年月日	年 月 日	要介護認定 状 況	<input type="checkbox"/> 認定済み () <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> 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》

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、 <u>状態が変動しやすく</u> 、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）
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、 <u>状態が急速に悪化し</u> 、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）
<input type="checkbox"/>	iii	疾病その他の原因により、 <u>身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等</u> 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