福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見確認書

年　　月　　日

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の者について、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か伺います。
お忙しいところ恐れ入りますが、医療機関回答項目についてご回答をお願いいたします。

被保険者氏名		生年月日	T　S　　年　　月　　日
被保険者住所			
被保険者番号		要介護度	支援１・支援２・介護１・介護２・介護３

==========【医療機関回答項目】==========

例外給付該当の判断福祉用具貸与の例外給付について □　必要　・□　不要　と判断する　。

原因となる主な傷病名

必要となる福祉用具（該当するものにチェック☑をお願いします）

□車いす及び車いす付属品　□特殊寝台及び特殊寝台付属品　□移動用リフト □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　□自動排泄処理装置

福祉用具が必要な理由（該当するものにチェック☑をお願いします）

	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 、頻繁に上記の福祉用具の貸与が必要な状態** に該当するため
	疾病その他の原因により、**状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の福祉用具 の貸与が必要な状態** になることが確実に見込まれるため
	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、上記の福祉用具 の貸与 が必要な状態** に該当すると判断できるため

その他特記事項

記入日　　年　　月　　日　　医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿