**軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会票）**

平素よりお世話になっております。

この度、下記の利用者につきまして、ケアマネジメントに基づき福祉用具が必要と判断し貸与を検討しております。しかし、軽度者が福祉用具貸与の保険給付を受ける場合、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するか確認する必要がありますので、状態像について先生のご意見を賜わりたく存じます。なお、ご返信はお手数をおかけいたしますがＦＡＸでお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先  主治医  先生 | 発信元  事業所名  担当者  TEL  FAX |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**【ケアマネジャー記入欄】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名　　　　　　　　　　様　　　生年月日　Ⅿ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日 | |
| 住所 | |
| 介護度 | 要支援　　要介護　　　有効期限　平成　年　月　日～平成　　年　月　日 | |
| 貸与を検討中の福祉用具 | □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）  □昇降座椅子  □自動排泄処理装置 |
| ケアマネジメントに基づく状態像と、福祉用具貸与費の例外給付が必要とする理由 |  | |

**月　　日までにご返信をお願い致します。**

**【主治医記入欄】**

**上記の福祉用具の使用が必要と認める状態像に（　□　該当する・　□　該当しない　）**

※該当する場合、該当する状態像にチェックおよび傷病名、医学的所見のご記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、日によって又は時間帯によって、頻繁に上記「ケアマネジメントに基づく状態像」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、短期間のうちに上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当するに至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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当すると判断できる。 |
| 上記の原因となる症病名 |  | |
| 上記状態像と判断する具体的な医学的所見 |  | |
| 記入日　　　　　　　　　年　　　月　　　日  主治医氏名 | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2018安城ケアマネット作成