

軽度者の福祉用具貸与に係る例外給付理由書

【基本情報】

フリガナ					被保険者番号						
被保険者氏名					年齢	歳	性別	男・女			
住所											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	認定 有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
要介護認定 (該当に○)	要支援1・2	要介護1・2・3		新規申請中		区分変更申請中					

計 画 作 成 担 当 者	居宅サービス 計画作成日	年 月 日
	事業所名	
	電話番号	
	氏名	

【必要な福祉用具の種類】

<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置

【貸与する理由】(裏面のフローチャートにあてはめ選択。)

A ・ B ・ C

【医師の医学的所見/サービス担当者会議の開催状況等】

福祉用具専門相談員 の意見	福祉用具専門相談員	福祉用具貸与事業所名
主治医から得た情報や サービス担当者会議等 の結果をふまえたケアプ ラン作成担当者の意見		

医師の医学的所見	主治医名	医療機関名
	【例外貸与基準の該当性】*該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に第95号告示第25号のイ(フローチャートAの状態像)に該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイ(フローチャートAの状態像)に該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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第95号告示第25号イ(フローチャートAの状態像)に該当すると判断される	
	【原因となる疾病等】	
	【上記例外貸与基準に該当する旨の医師の所見】	所見確認日 年 月 日