

軽度者の例外給付にかかる医師の医学的所見確認書

確認方法： ☐ 医師による記載 ☐ ケアマネージャー等の聞き取りによる記載（該当する方に ☒）

記載年月日： 年 月 日

聞き取り日時： 年 月 日 時 分（聞き取りによる記載の場合に記入）

被 保 険 者 名		被 保 険 者 番 号	
医 療 機 関 名		医 師 名	
病 名		ケアマネージャー等名	

1 貸与予定の福祉用具の種目及び該当する状態について○及び☑をつけてください。

福祉用具の種目 (該当する記号に○をつけてください)	告示で定める福祉用具が必要な状態 (該当する状態に☑をつけてください)
① 特殊寝台及び特殊寝台付属品	☐ 日常的に起きあがりが困難な者 ☐ 日常的に寝返りが困難な者
② 床ずれ防止用具及び体位変換器	☐ 日常的に寝返りが困難な者
③ 認知症老人徘徊感知機器	☐ 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
④ 移動用リフト（つり具部分を除く）	☐ 日常的に立ち上がりが困難な者 ☐ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
⑤ 自動排泄処理装置	☐ 排便が全介助を必要とし、かつ移乗についても全介助を必要とする者

2 該当する状態に☑をつけてください。

- ☐ （i） 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に上表の右欄の状態に該当する者
- ☐ （ii） 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上表の右欄の状態になることが確実に見込まれる者
- ☐ （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から上表の右欄の状態に該当すると判断できる者

3 医師の医学的所見について記載してください。

上記2に該当する状態像を具体的に記載してください。