

連絡票（照会）
（軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について）

年 月 日

医療機関名

主治医 _____ 先生

| |
|-------|
| 事業所名 |
| 所在地 |
| 電 話 |
| F A X |
| 担当者名 |

平素は、お世話になり誠にありがとうございます。

下記の被保険者は、別表の基本調査の結果に該当しませんが、アセスメントの結果、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性につきまして、主治医の先生のご意見・ご指示をお願いいたします。

《介護支援専門員記入欄》

| | | | | |
|-------------|-----------------------------|--------|-------|-----|
| 被保険者 | (氏名) | (生年月日) | 年 月 日 | (才) |
| 目 的 | 福祉用具貸与に係る医学的所見についての加東市による確認 | | | |
| 相談趣旨・連絡事項概要 | | | | |

（軽度者福祉用具貸与）

F A X 連絡票（回答）

年 月 日

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | 主治医 | |
|-------|--|-----|--|

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に（ 該当する ・ 該当しない）

| | | | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 利用者 | (イニシャル・暗号等) | | | |
| 根拠法令 | 厚生労働大臣が定める者等(平成24年厚生労働省告示第95号第25号のイ。に該当する者) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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福祉用具が必要な状態 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象により、日によって又は時間帯によって頻繁に福祉が必要な状態像 i に該当する) | | |
| <input type="checkbox"/> | ii | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる (例：がん末期の急速な状態悪化により、短期間に起き上がりが困難な状態に至ることが確実に見込まれる状態像 ii に該当する) | | |
| <input type="checkbox"/> | 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判断から福祉用具が必要な状態 (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等)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福祉用具が必要な状態像 iii に該当する) | | |
| 疾患名 | | | | |
| 所見 | 症状の経過及び検査結果、疾患によって引き起こされている症状等による福祉用具の必要性 | | | |
| 必要な福祉用具の種類 | ※該当の□欄にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | | |

別表（厚生労働大臣が定める者等（平成24年厚生労働省告示第95号第25号のイ。））

| 例外給付対象種目 | 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」 | 「基本調査」の結果 |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 車いす及び車いす付属品 (右記いずれか) | 日常的に歩行が困難な者 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 | 基本調査1-7 「3. できない」 |
| 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (右記いずれか) | 日常的に起きあがり困難な者 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「3. できない」 |
| 床ずれ防止用具、体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-3 「3. できない」 |
| 認知症老人徘徊感知機器 (右記いずれも) | 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る者 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査3-1 「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は基本調査3-2～3-7のいずれか「2. できない」 又は基本調査3-8～4-15のいずれか「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査2-2 「4. 全介助」以外 |
| 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 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は 「4. 全介助」 |
| 自動排泄処理装置 (右記いずれも) | 排便が全介助を必要とする者 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」 |