|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用  **診療情報提供書** | | | | | |
| 地域包括支援センター　：  指定居宅介護支援事業者： | | | | | |
| 担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | | | | |
| 氏　名 | 様（男・女） | | 生年月日 | | M・T・S　　年　　月　　日生（　歳） |
| 傷病名 | ※下表の左欄の福祉用具が必要となる傷病名 | | | | |
| **（ⅰ）～（ⅲ）のうち該当する状態像の記号に○をつけ、下表に○及びチェックをつけてください**  （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**頻繁に下表の右欄の状態像**に該当する者　＜例：パーキンソン病、重度の関節リウマチ＞  （ⅱ）疾病その他の原因により、**状態が急速に悪化し、短期のうちに頻繁に下表の右欄の状態像**に該当するにいたることが確実に見込まれる者　＜例：がん末期＞  （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**下表の右欄の状態像**に該当すると判断できる者　＜例：呼吸不全、心不全、誤嚥性肺炎の回避＞   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 必要な福祉用具 | 例外給付対象種目  （該当する記号に○をつけてください） | | 例外給付が認められる状態像  （該当する状態像にチェックをつけてください） | | | ア | 車いす及び同付属品  （右記のいずれかに該当する者） | □□ | 日常的に歩行が困難  日常生活範囲における移動の支援が特に必要 | | イ | 特殊寝台及び同付属品  （右記のいずれかに該当する者） | □  □ | 日常的に起き上がりが困難  日常的に寝返りが困難 | | ウ | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | □ | 日常的に寝返りが困難 | | エ | 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 | | オ | 移動用リフト（除つり具部分）  ※昇降座椅子含む  （右記のいずれかに該当する者） | □  □  □ | 日常的に立ち上がりが困難  移乗に一部介助または全介助が必要  生活環境において段差の解消が必要 | | カ | 自動排せつ処理装置 | □ | 排便及び移乗に全介助が必要 |   居宅療養管理指導　算定　　□ あり　　□ なし | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 住　　　所： | |  | | | |
| 医療機関名： | |  | | | |
| 医　師　名： | |  | | ㊞ | |

ご 注 意

|  |
| --- |
| ◆この書類はFAXでの送信はしないでください。 |
| ◆この書類にて医療機関より利用者情報をご提供いただいた場合は、自己負担が発生することを利用者・家族に説明し、ご了解いただいたうえでご利用ください。 |
| ※当該利用者に居宅療養管理指導を算定している場合は、自己負担は発生しません。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用  記載例  **診療情報提供書** | | | | | |
| 地域包括支援センター　：  指定居宅介護支援事業者：　居宅介護支援事業所○△ | | | | | |
| 担当介護支援専門員：　　　苫小牧　　花子　　　　　　　　　様 | | | | | |
| 氏　名 | 介護　太郎　　様（男・女） | | 生年月日 | | M・T・S　４年　５月　６日生（93歳） |
| 傷病名 | パーキンソン病  ※下表の左欄の福祉用具が必要となる傷病名 | | | | |
| **（ⅰ）～（ⅲ）のうち該当する状態像の記号に○をつけ、下表に○及びチェックをつけてください**  （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**頻繁に下表の右欄の状態像**に該当する者　＜例：パーキンソン病、重度の関節リウマチ＞  （ⅱ）疾病その他の原因により、**状態が急速に悪化し、短期のうちに頻繁に下表の右欄の状態像**に該当するにいたることが確実に見込まれる者　＜例：がん末期＞  （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**下表の右欄の状態像**に該当すると判断できる者　＜例：呼吸不全、心不全、誤嚥性肺炎の回避＞   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 必要な福祉用具 | 例外給付対象種目  （該当する記号に○をつけてください） | | 例外給付が認められる状態像  （該当する状態像にチェックをつけてください） | | | ア | 車いす及び同付属品  （右記のいずれかに該当する者） | ☑□ | 日常的に歩行が困難  日常生活範囲における移動の支援が特に必要 | | イ | 特殊寝台及び同付属品  （右記のいずれかに該当する者） | □  ☑ | 日常的に起き上がりが困難  日常的に寝返りが困難 | | ウ | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | □ | 日常的に寝返りが困難 | | エ | 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 | | オ | 移動用リフト（除つり具部分）  ※昇降座椅子含む  （右記のいずれかに該当する者） | □  □  □ | 日常的に立ち上がりが困難  移乗に一部介助または全介助が必要  生活環境において段差の解消が必要 | | カ | 自動排せつ処理装置 | □ | 排便及び移乗に全介助が必要 |   居宅療養管理指導　算定　　□ あり　　☑ なし | | | | | |
| 令和５年　１月　５日 | | | | | |
| 住　　　所： | | 苫小牧市△町１丁目２０番３０号 | | | |
| 医療機関名： | | 苫小牧XX病院 | | | |
| 医　師　名： | | 苫小牧　医療 | | ㊞ | |

ご 注 意

|  |
| --- |
| ◆この書類はFAXでの送信はしないでください。 |
| ◆この書類にて医療機関より利用者情報をご提供いただいた場合は、自己負担が発生することを利用者・家族に説明し、ご了解いただいたうえでご利用ください。 |
| ※当該利用者に居宅療養管理指導を算定している場合は、自己負担は発生しません。 |