

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>

| | 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) |
|---------|--|---|
| 必要な福祉用具 | ア 車いす及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者) | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難 <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難 |
| | エ 認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難 <input type="checkbox"/> 移乗に一部介助または全介助が必要 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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： (印)

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

診療情報提供書

記載例

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〇△

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>

| | 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) |
|---------|--|---|
| 必要な福祉用具 | ア 車いす及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者) | <input checked="" type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難 <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難 |
| | エ 認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難 <input type="checkbox"/> 移乗に一部介助または全介助が必要 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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

印

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。