

【参考様式】

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する主治医意見聴取記録

1 聴取年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 被保険者情報 氏名 _____ 被保険者番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 性別 男・女

3 主治医氏名 _____

4 医療機関情報 病院名 _____ 診療科 _____

所在地 _____ TEL _____

5 聴取方法 _____

6 福祉用具を必要とする本人の状態

- 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第95号告示第25号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至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重篤回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

7 聴取内容(下記の①～③の内容について医師より聴取し、医師の所見を記入してください)

① 被保険者の疾病や障害及び加齢による、身体の状態や変化など(出来るだけ具体的に)

② ①に起因する生活上の困難または医学的判断による禁止動作等

③ 困難さを軽減するために必要な福祉用具の種目、及び利用することでどのような改善が見込めるか

- 車いす及び車いす付属品 _____
付属品目(_____)
- 特殊寝台及び特殊寝台付属品 _____
付属品目(_____)
- 床ずれ防止用具 _____
- 体位変換器 _____
- 認知症老人徘徊感知器 _____
- 移動用リフト _____
- 自動排泄処理装置 _____

居宅介護(介護予防)支援事業所名 _____

介護支援専門員氏名 _____