

(別紙様式2)

芦屋市高齢介護課長 あて

## 診療情報提供書

～軽度者に対する福祉用具貸与例外給付に係る意見書～

被保険者	氏名			生年月日	M・T・S	年	月	日
	住所	芦屋市 町 番 号						
	要介護度	申請中 / 要支援 1・2 要介護 1・2・3	有効期間	令和(平成) 年 月 日～ 令和(平成) 年 月 日				
貸与が必要な種目 (該当するものに○)	ア	特殊寝台及び特殊寝台付属品						
	イ	床ずれ防止用具及び体位変換器						
	ウ	認知症老人徘徊感知機器						
	エ	移動用リフト(つり具の部分を除く。)						
	オ	自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)						
貸与が必要な理由 (該当する番号に○)	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、頻繁に裏面の表にある状態像に該当するため (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)						
	II	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに裏面の表にある状態に至ることが確実に見込まれるため (例：がん末期の急速な状態悪化)						
	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、裏面の表にある状態像に該当すると判断できるため (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)						
上記理由に関する 医学的な所見  (※診断名・福祉用具 の必要性を具体的に 記載してください)	----- ----- ----- ----- -----							

上記のとおり判断します。

令和 年 月 日

医療機関名  
主治医氏名  
連絡先

印

表

対象外種目	状態像
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に歩行が困難な者 （二）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
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に起き上がりが困難な者 （二）日常的に寝返りが困難な者
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な者
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 （一）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 （二）移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （二）移動が一部介助又は全介助を必要とする者 （三）生活環境において段差の解消が特に必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）	次のいずれにも該当する者 （一）排便において全介助を必要とする者 （二）移乗において全介助を必要とする者