

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について

富里市長 様 記入日 年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____

所在地 _____ 電話番号 _____

対象者	氏名		性別	男 女
	生年月日	M T S 年 月 日生		
	住所	富里市		
目的		福祉用具貸与に係る医学的所見についての確認		

* 該当の□欄にチェックをお願いします。

診断名		
最終診察日		年 月 日
医学的所見からの必要性		
状態像	<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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成 24 年厚生省第 95 号告示。以下「第 95 号告示」という。）第 25 号のイに該当する者
	<input type="checkbox"/> ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第 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
	<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第 95 号告示第 25 号のイに該当すると判断できる者
必要な福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置

平成 24 年厚生労働省告示第 95 号第 25 号

イ. 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 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) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要な者
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障に在る者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 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) 日常生活に立ち上がりが困難な者
 - (二) 移乗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必要と認められる者
- (6) 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く。） 次のいずれかに該当する者
 - (一) 排便が全介助を必要とする者
 - (二) 移乗が全介助を必要とする者