**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る主治医所見聴取記録**

○聴取手段

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 聴取日時 | 　　　　年　　月　　日　　時 | 聴取方法 | 訪問・電話 |

○被保険者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 性　　別 |  |
| 住　　所 | 東庄町 |

○医療機関情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 主治医氏名 |  | 連絡先 |  |
| 所在地 |  |

○聴取内容

|  |
| --- |
|  |

以上、主治医からの所見を聴取いたしましたので、よろしくお願いします。

居宅介護（介護予防）支援事業所名

計画作成者（介護支援専門員）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書**

被保険者情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | 明・大・昭　　　年　　月　　日生（　　　歳）　男・女 |
| 住　　所 | 東庄町 |

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

記

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 | 印 |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 電　　話 |  |

福祉用具の利用が必要な状態像

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病名 |  |
| 症状 |  |
| ９５号告示第二十五号のイに該当する理由□日によって又は時間帯によって状態が変動しやすい。□状態が急速に悪化することが見込まれる。□身体への重大な危険性又は症状の危篤化の回避等が必要となる。 |

利用が必要な福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| * 特殊寝台及び特殊寝台付属品
 | * 床ずれ防止用具
 |
| * 体位変換器
 | * 認知症老人徘徊探知機
 |
| * 移動用リフト
 | * 自動排泄処理装置
 |

以上