

医療機関名

日付

居宅介護支援事業所名

住所

主治医氏名

電話

FAX

様

担当ケアマネジャー

介護保険の軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会票）

この度、下記患者様の、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の可否について、ご意見をいただきたく連絡申し上げます。軽度者（要支援1・2、要介護1）が福祉用具貸与の保険給付を受ける場合、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者状態像」に該当する必要がありますので、下記に患者様の状態像・福祉用具が必要な理由をご記入の上、返信ください。

【ケアマネジャー記入欄】

患者氏名	生年月日	要介護度
貸与を検討中の福祉用具		利用者状態像 ※厚生労働大臣が定める基準
車いす及び車いす付属品		日常的に歩行が困難な者
特殊寝台及び特殊寝台付属品		日常的に起き上がりが困難な者
		日常的に寝返りが困難な者
床ずれ防止用具		日常的に寝返りが困難な者
体位変換器		日常的に寝返りが困難な者
その他		
上記福祉用具を必要とする理由		

【主治医記入欄】

上記、貸与を検討中の福祉用具が必要である者に（ 該当する ・ 該当しない ）
※「該当する」にチェックを付けた場合、以下の、状態像のチェック・疾病名・必要な理由の**すべてに**、必ずご記入をお願いします。

疾病その他原因による 医学的所見に基づく 状態像	i	<input type="checkbox"/>	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上記「利用者状態像」に該当する (例) パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
	ii	<input type="checkbox"/>	状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記「利用者状態像」に該当することが確実に見込まれる (例) ガン末期の急速な状態悪化
	iii	<input type="checkbox"/>	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上記「利用者状態像」に該当すると判断できる (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
原因となる疾病名			
福祉用具が必要な理由			

記入日 年 月 日

主治医氏名

医療機関名	日付	令和6年〇月〇日
〇〇病院	居宅介護支援事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
主治医氏名	住所	日進市〇〇〇〇〇〇
〇〇医師様	電話	0561-XX-XXXX FAX 0561-XX-XXXX
	担当ケアマネジャー	〇〇 〇〇

介護保険の軽度者について（主治医照会票）



記入例

この度、下記患者様の、軽度者に該当する状態を照会し、軽度者（要支援1・2、要介護1）の状態像に該当する必要があるため、下記に患者様の状態像・福祉用具が必要な理由をご記入の上、返信ください。

【ケアマネジャー記入欄】

患者氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇年〇月〇日	要介護度	要介護1
貸与を検討中の福祉用具		利用者状態像 ※厚生労働大臣が定める基準			
<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者		
<input checked="" type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者		
<input checked="" type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input checked="" type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者		
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>			
上記福祉用具を必要とする理由		麻痺が進み寝返りや起き上がりが困難になり、かつ床ずれのリスクが高い状態であるため、特殊寝台と床ずれ防止用具が必要と検討しています。			

【主治医記入欄】

上記、貸与を検討中の福祉用具が必要である者に（ 該当する ・ 該当しない）※「該当する」にチェックを付けた場合、以下の、状態像のチェック・疾病名・必要な理由のすべてに、必ずご記入をお願いします。

疾病その他原因による医学的所見に基づく状態像	i	<input checked="" type="checkbox"/>	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上記「利用者状態像」に該当する (例) パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
	ii	<input type="checkbox"/>	状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記「利用者状態像」に該当することが確実に見込まれる (例) ガン末期の急速な状態悪化
	iii	<input type="checkbox"/>	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上記「利用者状態像」に該当すると判断できる (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
原因となる疾病名	関節リウマチ		
福祉用具が必要な理由	病状が不安定で、日によって又は時間帯によって、頻繁に起き上がりや寝返りが困難になることがあるため、特殊寝台や床ずれ防止用具が必要と考える。		

令和6年〇月〇〇日

主治医氏名 〇〇 〇〇