

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の確認書

1. 患者氏名・生年月日

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 福祉用具が必要な理由（該当する項目にチェックを記載ください）

- 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によって頻繁に、福祉用具が必要となる状態に該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要となる状態に該当す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症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要となる状態に該当すると判断できる者

3. 医師の所見（福祉用具が必要となる疾病名及び身体の機能状態を記載ください）

【例・i】パーキンソン症候群

治療薬による ON・OFF 現象がみられ、日常的にベッドからの起き上がりが困難

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. 福祉用具の種類（必要な福祉用具にチェックを記載ください）

- 車いす及び車いす付属品
- 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- 床ずれ防止用具及び体位変換機
- 認知症老人徘徊感知機器
- 移動用リフト
- 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）

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_