

## ＜軽度者の例外給付にかかる医師の医学的所見確認書＞

確認方法（□にチェックしてください）：□医師による記載      □ケアマネジャーの聞き取りによる記載

確認年月日                      年              月              日

被保険者番号		被保険者名	
医療機関名		医師名	
病名		ケアマネジャー名	

### 1 福祉用具の貸与種目及び該当する状態について○及びチェックをつけてください。

福祉用具の種目 (該当する記号に○をつけてください)	告示で定める福祉用具が必要な状態 (該当する状態にチェックをつけてください)
① 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (右記のいずれかに該当する者)	<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
② 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
③ 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 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り、かつ移動において全介助を必要としない者
④ 移動用リフト（つり具の部分を除く） (右記のいずれかに該当する者)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
⑤ 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）	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗についても全介助を必要とする者

※車いす及び車いす付属品について、「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」は、「医師から得た情報」及び「福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント」により、指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が福祉用具の必要性を判断することとなります。→市への書類提出不要

移動用リフトについて、「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」も同様の取扱いです。

### 2 該当する状態の記号に○をつけてください。

- (1) 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、頻繁に上表の右欄の状態に該当する者
- (2) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上表の右欄の状態に該当することが確実に見込まれる者
- (3) 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上表の右欄の状態に該当すると判断できる者

### 3 医師の医学的所見について記載してください。

上記2の(1)～(3)に該当すると判断された具体的内容について記載してください。(がん末期による急速な状態悪化の場合は、病名ががん末期である旨診断があり、上記1及び2の内容で状態が確認できるため不要です。) ※欄が不足する場合は裏面に記載してください。

～裏面記載欄～