**様式**

※市への提出にあたり，「医師の医学的所見が確認できる書類」の一つとしてご利用ください。

＜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 |  | ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ名 |  |

**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。**



※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～

|  |
| --- |
|  |