軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険被保険者	ふりがな	
	氏　名	男　・　女 明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）
	住　所	都留市

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。

年　　月　　日

医　師　氏　名	㊞
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	
電　　話	

1　福祉用具の利用が必要な状態像等 （いずれかの□にチェックして、疾病名、症状等を記入してください。）	□　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、頻繁に該当福祉用具が必要な状態に該当する。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
	□　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに該当福祉用具が必要な状態になることが見込まれる。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
	□　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当該福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
2　利用が必要な福祉用具 （□にチェックしてください。）	□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品　□ 床ずれ防止用具 □ 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

※該当となる具体的な状態像については、裏面のとおり

対象外種目	状態像
ア　車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に歩行が困難な者 （二）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
イ　特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に起き上がりが困難な者 （二）日常的に寝返りが困難な者
ウ　床ずれ防止用具及び 体位変換機	日常的に寝返りが困難な者
エ　認知症老人徘徊感知器	次のいずれにも該当する者 （一）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る者 （二）移動において全介助を必要としない者
オ　移動用リフト （つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ　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）	次のいずれにも該当する者 （一）排便が全介助を必要とする者 （二）移乗が全介助を必要とする者