軽度者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
	住　　所	

医師の医学的所見の聴取は、必ずサービス担当者会議より前に行ってください。

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の[illegible]です。

年　　月　　日

医　師　氏　名	
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	
電　話　番　号	

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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成２７年３月２３日厚生労働省告示第９４号第３１号のイ）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、短期間のうちに告示第９４号第３１号のイ（平成２７年３月２３日厚生省告示）に該当するに至ることが確実に見込まれる。 **（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告示第９４号第３１号のイ（平成２７年３月２３日厚生省告示）に該当するに至ることが確実に見込まれる。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**

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	□ 床ずれ防止器具
	□ 体位変換器	□ 認知症老人徘徊感知機器
	□ 移動用リフト	

※告示第９４号第３１号のイについては、裏面のとおり