

福祉用具貸与に関する医師の所見書

① 介護支援専門員記載欄

作成日 令和 年 月 日

利用者	被保険者番号		性別	男 ・ 女	
	氏 名				
	住 所				
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	年齢	歳	
	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3			
利用者が貸与を希望する福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品() <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品() <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)			
事業所名			介護支援専門員 氏 名		

② 主治医記載欄

作成日 令和 年 月 日

主治医	病院名			
	氏名			
利用者の疾病				
上記の貸与が必要か否かの判断 (どちらかに○をつけてください)		必要 ・ 不必要		
該当事項に○を付けて下さい。	必要と判断した場合	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帯によって、福祉用具を必要とす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を必要とする状態にな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病状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具を必要とする状態に該当すると判断できる者。	

③ 主治医 又は 介護支援専門員記載欄 (記載者は□にチェックして下さい。)

具体的な身体状況	
----------	--