

(情報提供先)

宛

福祉用具の利用についての意見書（情報提供書）

利用者名	様
住所	常滑市
生年月日	年 月 日
利用を希望される福祉用具	
福祉用具が必要な原因となる主な疾病	
<p>上記疾病のため、</p> <p><input type="checkbox"/> (i) 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表1に示す状態像に該当する。</p> <p><input type="checkbox"/> (ii) 状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1に示す状態像に至ると確実に見込まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> (iii) 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表1に示す状態像に該当すると判断できる。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名 印</p>	

表1 対象種目及び状態像

例外給付対象種目	例外給付を認められる状態像
ア 車いす及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に歩行が困難な者
	(2) 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 介護用ベッド及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に起き上がりが困難な者
	(2) 日常的に寝返りが困難な者
ウ 床ずれ防止用用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感知機器 (右記のいずれにも該当する者)	(1) 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
	(2) 移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト（除つり具部分） (次のいずれかに該当する者) ※昇降座椅子はこの種目に含まれます。	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者