

医師の医学的な所見に基づく状態について

医師への確認年月日： 年 月 日

記入者：

被保険者氏名	
福祉用具種類該当項目に○をつけて下さい。）	ア、車いす イ、車いす付属品 ウ、特殊寝台 エ、特殊寝台付属品 オ、床ずれ防止用具 カ、体位交換機 キ、認知症老人徘徊感知器 ク、移動用リフト ケ、自動排泄処理装置
利用の可否 (該当項目に○をつけて下さい。)	1 利用について必要と判断します。 2 利用については不要と判断します。
被保険者状態 (該当項目に✓をつけて下さい。)	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に告示第 19 号のイで定める福祉用具 が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 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 ちに頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態像になることが 確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> iii 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で定める福祉用具が必要な 状態に該当すると判断できる者
福祉用具貸与の例 外給付が必要とさ れる疾病等	
上記の疾病等から 引き起こされる 心身の状態	
医療機関及び 医師名	