

医療機関名、主治医の氏名、FAX番号を記入してください。

主治医への依頼日を記入してください。

令和4年10月1日

医療機関名 **京都病院**
主治医 **医者 太郎** 先生
FAX **075-123-4568**

事業所名 **京都介護センターABC(株)**
所在地 **京都市中京区●●●**
TEL **075-555-5555**
FAX **075-555-5556**
介護支援専門員名 **介護 六郎**

軽度者に対する介護保険福祉用具貸与に係る医師の所見記入のおしるし (照会)

被保険者の氏名、生年月日、住所、電話番号、被保険者番号を記入してください。

被保険者の要介護度について、該当するものにチェックを入れてください。

主治医の所見を依頼するケアマネジャーの所属する事業所名、所在地、電話番号、FAX番号、氏名を記入してください。

【介護支援専門員記入欄】

被保険者	フリガナ	キョウト タロウ	被保険者番号	10001-00000					
	氏名	京都太郎		要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 申請中				
	生年月日	明治・大正・ 昭和 20年 1月 1日 日生							
	〒	111-1111							
		京都市中京区○○○		(TEL 075-111-1111)					
		<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置							
	上記福祉用具が必要と判断した理由	末期の肺がんにより、状態が悪化してきており、歩行が困難な状態であるため、車いすが必要である。							

必要な福祉用具の種目について、該当するものにチェックを入れてください。

上記福祉用具が必要と判断した理由を記入してください。

【主治医記入欄】

1 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」について、下記のいずれかに☑をお願いいたします。

該当欄 (☑)	福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像
<input type="checkbox"/>	「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」について、該当するものにチェックを入れてください。
<input checked="" type="checkbox"/>	「上記のいずれにも当てはまらない。」にチェックがある場合は認められません。
<input type="checkbox"/>	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(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
<input type="checkbox"/>	上記のいずれにも当てはまらない。

「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」について、該当するものにチェックを入れてください。

上記状態の原因となる疾病名及び上記福祉用具が必要な理由を記入してください。

2 上記の状態の原因となる疾病名及び、当該福祉用具貸与

当該福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)	疾病名	肺がん
	末期の肺がんであるため、状態が急速に悪化することが予測されるため。	

主治医の連絡年月日、主治医名を記入してください。

上記の通り連絡いたします。

令和4年10月3日

主治医名 **医者 太郎**