

医師の所見が確認できる書類（FAX連絡票）

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2年4月3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欄

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。

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」について検討中です。

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してください。

【介護支援専門員記入欄】

フリガナ	キョウト タロウ	被保険者番号	1000100000
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 日生	〒 111-1111	京都市中京区〇〇〇 (TEL 075-111-1111)
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。		

必要な福祉用具について、該当するものにチェックしてください。

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"/>	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input checked="" type="checkbox"/>	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で定める福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者(例:がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	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(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してください。

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、当該福祉用具貸与が必要となる理由の記入をお願いいたします。

疾病名	肺がん
当該福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)	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2年4月10日

主治医名 **医者 太郎**