

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る状態像について

介護保険受給者が下記状態像に該当する場合は、該当する項目に○を付して下さるようお願いいたします。

(受給者の 状態像) 疾病名をご記入の うえ、該当する項目 に○を付してくだ さい	疾病名：
	(i) 疾病そのほかの原因により、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)
	(ii) 疾病そのほかの原因により、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なることが確実に 見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化)
	(iii) 疾病そのほかの原因により、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)

※ () 内の状態は、あくまでも (i) ~ (iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。

受給者 _____ は、上記状態像に該当します。

年 月 日

医療機関名 _____

主治医名 _____

※介護支援専門員が主治医から聞き取りを行った場合は、記入してください。	
確 認 年 月 日	
医 療 機 関 名	
主 治 医	
居宅介護支援事業所名 及び 介護支援専門員名	