

| | | |
|---|---|----------|
| | 記 入 日 | 令和 年 月 日 |
| | 被 保 険 者 氏 名 | |
| | 主 治 医 氏 名 | |
| | 医 療 機 関 名 | 印 |
| 医師の医学的所見 | <p>【例外的貸与基準の該当性】※該当する□欄に☑を記入して下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p><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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者</p> | |
| | <p>【原因となる疾病等】</p> | |
| | <p>【被保険者の具体的状態像】</p> | |
| 必要であると判断する福祉用具の□欄に☑を入れて下さい | <p>厚生労働大臣が定める者（第95号告示第25号のイ） 下記のいずれに該当する者か□欄に☑を記入して下さい</p> | |
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者 | |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 | <input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 <input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者 | |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く） | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | <input type="checkbox"/> 排便が全介助を要する者 <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を要する者 | |