

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について
主治医意見聴取シート

意見聴取日 令和 元 年 5 月 20 日

主治医氏名	埼玉 太郎	医療機関名	こぼとん医院
-------	-------	-------	--------

被保険者氏名	鴻巣 花子	被保険者番号	1234567890
要介護度	要支援1 要支援2 <input checked="" type="radio"/> 要介護1 要介護2 要介護3	認定申請中（申請日 年 月 日）	
認定有効期間	令和 元 年 6 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日		
担当ケアマネジャー			
事業所名	ひなちゃん介護センター	ケアマネ氏名	吹上 次郎

被保険者の生活上必要となる福祉用具 ※「あったほうがいい」という理由の場合は該当しません。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ア 車椅子及び車いす付属品 | <input checked="" type="checkbox"/> イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |
| <input type="checkbox"/> ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <input type="checkbox"/> エ 認知症老人徘徊感知器 |
| <input type="checkbox"/> オ 移動用リフト | <input type="checkbox"/> カ 自動排泄処理装置 |

該当する状態像（該当するものを○で囲んでください）※裏面参照の上、必ず医師が判断してください

- 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、頻繁に利用者等告示第31号のイ（別紙参照）に該当する
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる
- 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悪篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる
- ・ 上記 i・ii・iii のいずれにも該当せず

上記の原因となる主たる疾病の名称及び症状 ※医師から聞き取りを行ってください

診断名（疾病の名称）	心疾患（重度）
上記疾病を原因とする、又は原因であると見込まれる 本人の身体状況又は認知症状	①上記疾病が原因となっている本人の状態を記入してください。 （例：関節が激しく痛む、常に心臓発作の危険がある、短期間で状態が悪化する等）
※記入方法については裏面の記入例も参考にしてください。	重度の心疾患のため、布団等からの起き上がり時に急激な動きをすると心不全発作を起こす危険性がある。
	②①の結果、困難または医学的に禁止されている動作を記入してください。 ※状態像 ii の場合は短期間で困難・禁止になることが確実に見込まれる動作。 （例：状態が悪いと歩行ができない、自力での起き上がりが禁止されている等）
	特殊寝台を使用し急な動作を行わないようにして心臓発作の危険性を回避する必要があり、自力での起き上がりを医師が禁止している。