

主治医 様

居宅介護(介護予防)支援事業者名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書  
(車いす用)

日ごろより大変お世話になっております。

さて、先生が診察されている下記の被保険者につきまして、福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

なお、この照会は、ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

被保険者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0								
	氏名	生年月日		明	・	大	・	昭	年	月	日				
住 所	北名古屋市							(電話 - - )							
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
対象福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品														

2 医学的な所見の回答欄

該当の口欄にチェックのご記入と記入日、医療機関名、医師名、疾病名、最終診察日、福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)のご記入をお願いします。

記 入 日	年 月 日											
医療機関名												
医師名												
疾 病 名								最終診察日	年 月 日			
福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれかに該当する場合記載してください)											
	<input type="checkbox"/> Ⅰ	上記の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「歩行が困難な者」に該当する										
	<input type="checkbox"/> Ⅱ	上記の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「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる										
	<input type="checkbox"/> Ⅲ	上記の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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる										
	<input type="checkbox"/>	上記 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれにも該当しない										

主治医 様

居宅介護(介護予防)支援事業者名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書  
(特 殊 寝 台 用)

日ごろより大変お世話になっております。

さて、先生が診察されている下記の被保険者につきまして、福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

なお、この照会は、ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

被保険者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0								
	氏名	生年月日		明	・	大	・	昭	年	月	日				
住 所	北名古屋市							(電話 - - )							
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
対象福祉用具	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品														

2 医学的な所見の回答欄

該当の口欄にチェックのご記入と記入日、医療機関名、医師名、疾病名、最終診察日、福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)のご記入をお願いします。

記 入 日	年 月 日											
医 療 機 関 名												
医 師 名												
疾 病 名								最終診察日	年 月 日			
福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれかに該当する場合記載してください)											
	<input type="checkbox"/> Ⅰ	上記の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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する										
	<input type="checkbox"/> Ⅱ	上記の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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる										
	<input type="checkbox"/> Ⅲ	上記の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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる										
	<input type="checkbox"/>	上記 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれにも該当しない										

主治医 様

居宅介護(介護予防)支援事業者名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書  
(床ずれ防止用具及び体位変換器用)

日ごろより大変お世話になっております。

さて、先生が診察されている下記の被保険者につきまして、福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

なお、この照会は、ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

被保険者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0								
	氏名	生年月日		明	大	昭	年	月	日						
住 所	北名古屋市		(電話 - - )												
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
対象福祉用具	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器														

2 医学的な所見の回答欄

該当の口欄にチェックのご記入と記入日、医療機関名、医師名、疾病名、最終診察日、福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)のご記入をお願いします。

記 入 日	年 月 日		
医 療 機 関 名			
医 師 名			
疾 病 名		最終診察日	年 月 日
福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれかに該当する場合記載してください)		
	<input type="checkbox"/> Ⅰ	上記の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「寝返りが困難な者」に該当する	
	<input type="checkbox"/> Ⅱ	上記の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「寝返りが困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる	
	<input type="checkbox"/> Ⅲ	上記の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「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる	
	<input type="checkbox"/>	上記 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれにも該当しない	

主治医 様

居宅介護（介護予防）支援事業者名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書  
(認知症老人徘徊感知機器用)

日ごろより大変お世話になっております。

さて、先生が診察されている下記の被保険者につきまして、福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

なお、この照会は、ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

被保険者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0								
	氏名	生年月日		明・大・昭	年	月	日								
住 所	北名古屋市		(電話 - - )												
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
対象福祉用具	認知症老人徘徊感知機器														

2 医学的な所見の回答欄

該当の口欄にチェックのご記入と記入日、医療機関名、医師名、疾病名、最終診察日、福祉用具貸与が必要な理由（医学的な所見）のご記入をお願いします。

記 入 日	年 月 日														
医 療 機 関 名															
医 師 名															
疾 病 名											最終診察日	年 月 日			
福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれかに該当する場合記載してください)														
	<input type="checkbox"/> Ⅰ	上記の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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当し、移動において全介助を必要としない													
	<input type="checkbox"/> Ⅱ	上記の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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当するに至ることが確実に見込まれ、移動において全介助を必要としない													
	<input type="checkbox"/> Ⅲ	上記の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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当すると判断でき、移動において全介助を必要としない													
	<input type="checkbox"/>	上記 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれにも該当しない													

主治医 様

居宅介護（介護予防）支援事業者名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書  
(移動用リフト用)

日ごろより大変お世話になっております。

さて、先生が診察されている下記の被保険者につきまして、福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

なお、この照会は、ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

被保険者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0								
	氏名	生年月日		明・大・昭	年	月	日								
住 所	北名古屋市		(電話 - - )												
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
対象福祉用具	移動用リフト（つり具の部分を除く）														

2 医学的な所見の回答欄

該当の口欄にチェックのご記入と記入日、医療機関名、医師名、疾病名、最終診察日、福祉用具貸与が必要な理由（医学的な所見）のご記入をお願いします。

記 入 日	年 月 日		
医 療 機 関 名			
医 師 名			
疾 病 名		最終診察日	年 月 日
福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれかに該当する場合記載してください)		
	<input type="checkbox"/> Ⅰ	上記の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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当する	
	<input type="checkbox"/> Ⅱ	上記の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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる	
	<input type="checkbox"/> Ⅲ	上記の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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当すると判断できる	
	<input type="checkbox"/>	上記 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれにも該当しない	