

(注1) 利用者等告示第31号のイ

対象外種目		厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア	車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 「3. できない」
		(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	-
イ	特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」
		(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
ウ	床ずれ防止用具 及び体位変換機	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
エ	認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者	
		(1) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2 ~ 3-7 のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8 ~ 4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
		(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-2 「4. 全介助」以外
オ	移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 「3. できない」
		(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
		(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	-
カ	自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者	
		(1) 排泄が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」
		(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「4. 全介助」

軽度者に対する福祉用具貸与(例外給付)に関する確認票 (医師 ⇄ 介護支援専門員・地域包括職員)

日付: 2019 年 5 月 24 日

＜宛 先＞

＜発信元＞

医療機関名	〇〇クリニック
主治医名	院長 〇〇 〇〇先生



事業者名	〇〇居宅介護支援事業所
管理者名	〇〇 〇〇 印
職種/担当者名	主任介護支援専門員 / 〇〇 〇〇
電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇

平素より大変お世話になっております。

この度、貴院を受診されている下記の方が、福祉用具貸与の利用を希望されています。

但し介護保険制度上、要介護1(自動排泄処理装置については要介護3)以下の方については、下記福祉用具の貸与は原則対象外となっており、医師の「医学的な所見」(文書又は聴取)と、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントによって、国の示した状態像であると判断した後、市町の書類等による確認を受ける必要があります。

お忙しいなか大変恐縮ですが、太線内にご記入の上、以下の方法で回答をお願いいたします。

<input checked="" type="checkbox"/> FAXにて返信をお願いします	<input type="checkbox"/> 郵送をお願いします(返信用切手同封)
<input type="checkbox"/> 電話をいただければ、取りに伺います	<input type="checkbox"/>

利用者	氏名	〇〇 〇〇	性別	女	生年月日	昭和10年1月1日	85	才	
	住所	〇〇市(町)〇〇町1-1							
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3							
	有効期間	〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日							
福祉用具種別	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動吸引するものを除く)								

＜備考欄＞

パーキンソン病により、時間帯によっては特殊寝台の電動背上げ機能がなければ起き上がりが困難な状態です。医学的な所見について、ご意見をいただければと存じます。

《 主治医回答欄 》

チェック欄 (該当箇所○)	医師による医学的所見
	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によって頻繁に利用者等告示第31号のイ(注1)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)
	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号のイに該当することが確実と見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化)
	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利用者等告示第31号のイ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)
	医学的所見により、上記福祉用具の貸与は必要ない。
＜意見・指示等＞ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 主治医名: 印 </div>	

(注1) 利用者等告示第31号のイ

対象外種目		厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア	車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 「3. できない」
		(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	-
イ	特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」
		(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
ウ	床ずれ防止用具 及び体位変換機	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」
エ	認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者	
		(1) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2 ~ 3-7 のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8 ~ 4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
		(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-2 「4. 全介助」以外
オ	移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
		(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 「3. できない」
		(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
		(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	-
カ	自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者	
		(1) 排泄が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」
		(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「4. 全介助」