

福祉用具貸与に関する医師の所見書

介護支援専門員記載欄

		作成日	年 月 日
利用者	被保険者番号		
	性別	男 ・ 女	
	氏名		
	住 所		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		
利用者が貸与を希望する福祉用具の種目			
事業所名		介護支援専門員氏名	

主治医記載欄

		作成日	年 月 日
主治医	氏名	印	
	病院名		
利用者の病名			
上記の貸与が必要か否かの判断(どちらかへ○をつけてください)		必要	・ 不必要
○を付けて下さい 該必要と判断した場合には	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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者	
	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	
	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	