

## 診療情報提供依頼書（福祉用具貸与の例外給付申請用）

年 月 日依頼

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師 \_\_\_\_\_ 先生 様

事業所名

介護支援専門員（依頼者）

所在地

電話番号

私は、福祉用具貸与のために介護支援専門員が医師より情報提供を受けることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

対象者は、下表の身体状況に該当する場合のみ、福祉用具貸与費の支給が認められます。

つきましては、ご多用中恐れ入りますが、貴職の所見をいただきたく、医師記入欄への記入についてご依頼申し上げます。

対象者	カナ		生年月日	年 月 日生(満 歳)	認定情報	要支援____・要介護____・申請中
	氏名	様	住 所			

## 【 表 】

ア	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右欄の状態に該当	<input type="checkbox"/> 起きあがり困難	<input type="checkbox"/> 寝返りが困難	<input type="checkbox"/> 歩行が困難
イ	状態が急速に悪化し、短期間のうちに右欄の状態となることが確実	<input type="checkbox"/> 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が移動に全介助を要しない	<input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難	
ウ	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避のため、実質的に右欄の状態に該当	<input type="checkbox"/> 移乗に全介助が必要	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要	<input type="checkbox"/> 移乗に全介助が必要

## 貸与予定品目

- 特殊寝台（付属品：サイドレール マット 介助バー サイドテーブル 他 \_\_\_\_\_）  車いす（付属品：\_\_\_\_\_）
- 床ずれ防止用具及び体位変換器  認知症老人徘徊感知機器  移動用リフト（吊具除く）  自動排泄処理装置

## 【 医師記入欄 】

原因疾病：	左記から、対象者が上表のとおりと  <input type="checkbox"/> <u>認められる。</u>  <input type="checkbox"/> <u>認められない。</u>  回答日：_____年_____月_____日  回答者：_____ (印)
病状・治療経過等：	

※情報を提供した医師は、月1回に限り「診療情報提供料Ⅰ」として算定することが可能です。