

福祉用具貸与に関する意見			
主治医		先生	
指定居宅介護(介護予防)支援事業所：		担当介護支援専門員：	
下記方の福祉用具貸与に関する意見をお願いいたします。			
対象福祉用具	(1)車いす及び付属品 (2)特殊寝台及び付属品 (3)床ずれ防止用具及び体位変換器 (4)認知症老人徘徊感知機器 (5)移動用リフト（つり具の部分を除く） (6)自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）		
被保険者番号		被保険者氏名	
生 年 月 日		住 所	
被保険者本人の現在の 身体状況及び福祉用具 の利用を希望する理由			

*主治医記入欄（以下太枠内に記入をお願いいたします）

○主治医の意見（該当するところにチェックをお願いします）	
特に必要と思われる福祉用具の種類	
☐ (1)車いす及び付属品（電動車いすを含む） ☐ (2)特殊寝台及び付属品 ☐ (3)床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ (4)認知症老人徘徊感知機器 ☐ (5)移動用リフト（つり具の部分を除く） ☐ (6)自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	
例外的貸与が必要な理由	
☐ 車いす及び付属品について、日常生活範囲における移動の支援が特に必要であるため ☐ 移動用リフト（段差解消機）について、生活環境において段差の解消が必要であるため ☐ 日によって又は時間帯によって体調が変動しやすいため ☐ 短期間のうちに急速な状態悪化が確実に見込まれるため ☐ 身体への重大な危険性や症状の重篤化を回避する必要があるため ☐ 福祉用具貸与は必要ない	
疾病名	
特記事項	記入日 年 月 日
医療機関名	主治医氏名 印

*以下はケアマネジャーが記入

サービス担当者会議の記録		
開催日時	年 月 日	☐ 於（ ）
上記主治医の意見を参考に関係者で協議いたしました。結果は下記のとおりです。 （ ）の貸与に関して ☐ 必要です ☐ 必要と認めません		
参加者の氏名		