

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
	(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）
(3)床ずれ防止用具及び体位変換器			
(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	
<input type="checkbox"/> (1)車いす及び付属品（電動車いすを含む） <input type="checkbox"/> (2)特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> (3)床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> (4)認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> (5)移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> (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	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 ㊞

*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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 必要です <input type="checkbox"/> 必要と認めません	
参加者の氏名	