様式1

**□　診断書（院内）依頼（主治医意見書なし）**

　被保険者名：　　　　　　　　　　　　　　様

　ご本人及びご家族と相談した際、下記サービスの利用が必要と考えられましたので、必要性の有無のご検討をお願いいたします。

（必要なサービス）

※具体的な種類等がある場合は（　　　　　　）に記入してください。

□　車いす（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　車いす付属品（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　特殊寝台（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　（ギャッチが必要な場合のみ）

□　特殊寝台付属品（手すり等）（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　床ずれ防止用具（特殊マット等）（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　体位変換器（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　認知症老人徘徊探知器（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　移動用リフト（吊り具部分を除く）（　　　　　　　　　　　　　　　）

□　自動排泄処理装置（　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名：

介護支援専門員：