様式2

　　年　　月　　日

情報提供先

　居宅介護支援事業者

　八丈町地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及び所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に　□　該当するため情報提供します。

* 該当しません。

　患者氏名：

　生年月日：　M　・　T　・　S　　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　　歳）

　傷病名：

（福祉用具の利用が必要な状態像）

□　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**表１**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**表１**に該当す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

　　　　判断から**表１**に該当すると判断できる者

（利用が必要な福祉用具）

□　車いす及び同付属品　　　　　　　　　□　特殊寝台及び同付属品

□　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（吊り具部分を除く）　　□　自動排泄処理装置

※**表１**（第95号告示第25号のイ）

|  |  |
| --- | --- |
| 種目 | 厚生労働大臣が定める者のイ（貸与の対象となる者） |
| ア  車いす及び  車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者  （一）日常的に歩行が困難な者  （二）日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 |
| イ  特殊寝台及び  特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する者  （一）日常的に起き上がりが困難な者  （二）日常的に寝返りが困難な者 |
| ウ  床ずれ防止用具  及び体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 |
| エ  認知症老人徘徊感知器 | 次のいずれかに該当する者  （一）意思の伝達、介護者への反応・記憶・理解のいずれかに支障がある者  （二）移動において全介助を必要としない者 |
| オ  移動用リフト  （吊り具の部分を除く。） | 次のいずれかに該当する者  （一）日常的に立ち上がりが困難な者  （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者  （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| カ  自動排泄  処理装置 | 次のいずれかに該当する者  （一）日常的に起き上がりが困難な者  （二）日常的に寝返りが困難な者 |

※１　**アの（二）及びオの（三）については、主治医からの情報を得る必要がありますので、下記へのご記入もお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の現在の状態像における福祉用具が必要となる所見（具体的に） |  |