

軽度者の福祉用具使用についての主治医意見書

フリガナ											
被保険者氏名				被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性別	男・女			
住所	長与町					電話					
要介護(要支援)状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3		
疾患名											
貸与品目											
貸与品名											
<p>1 本人の身体状況、上記福祉用具の使用状況、日常生活上の必要性など</p> 											
<p>2 例外的貸与基準の該当性</p> <p>該当する項目をチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> (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、頻繁に利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期のうちに利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31号のイに該当することが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> (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的判断から利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31号のイに該当すると判断できる者</p>											

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師氏名

印