軽度者に係る福祉用具貸与に関する医師の所見

参考様式２

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 必要な福祉用具 | 車いす及び車いす付属品　　・　　特殊寝台及び特殊寝台付属品  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医  師  の  意  見 | 医　療  機関名 |  | 医師 |  |
| 上記利用者様の状態について、車いす及び車いす付属品・特殊寝台及び特殊寝台付属品  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）の必要性について、下記  の項目のうち、該当するものにチェックをお願い致します。   * １．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、頻繁に下記の状態像に該当し、福祉用具貸与が必要である。  （例　パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象）   * ２．疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに下記の状態像   に該当するに至ることが確実に認められ、福祉用具貸与が必要である。  （例　がん末期の急速な状態悪化）   * ３．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   医学的判断から下記の状態像に該当すると判断し、福祉用具が必要である。  （例　ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）   * ４．現在の身体状況では福祉用具は必要ない。   状態像   1. 日常的に起き上がりが困難な者　日常的に歩行が困難な者 2. 日常的に寝返りが困難な者 3. 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   　　のいずれかに該当する  上記１～４の具体的所見の記入をお願いいたします。  令和　　年　　月　　日  医療機関名：  医　師　名： | | | |