

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の意見確認書

| | | | |
|------------|-------------|-------------|-----------------------|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 要介護度 | 支援1・支援2・介護1 | 認定期間 | 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 |
| 福祉用具種目 | | | |
| 商品名 | | | |
| 利用予定開始年月日 | | 単位数 | |
| 福祉用具貸与事業所名 | | 福祉用具貸与事業所番号 | |

福祉用具貸与に係る医師の意見（医学的な所見）

| | |
|---|---|
| 医師の意見確認日 | |
| 医師の意見確認方法 | 主治医意見書・診断書・その他 [] |
| 医師名 | |
| 医療機関名 | |
| 該当する状態 (i～iiiに○を付けてください) | 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、頻繁に第23号告示第21号のイに該当する者 |
| | ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至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的判断から第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者 |
| 病名 | |
| 利用者の状態が i～iii のいずれかに該当する旨についての医師の医学的な所見 | |