（参考様式・床ずれ防止用具／体位変換器用）

**軽度者に対する福祉用具貸与にかかる医学的所見について（照会）**

**（床ずれ防止用具及び体位変換器用）**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （照会先）医療機関名　医　師　名　電話番号　ＦＡＸ番号　 | （照会者）事業者名　担当者名　電話番号　ＦＡＸ番号　 |

　日ごろより大変お世話になっております。

　さて、先生が診察されている下記の被保険者について、介護保険における福祉用具の必要性を判断するため、医学的な所見が必要となりました。お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭 　年 　月 　日 |
| 住所 |  |
| 要介護度 | □要支援１　　□要支援２□要介護１　　□認定申請中 | 対象福祉用具 | 床ずれ防止用具体位変換器 |

----------------------------------------------------------------------------------

〈 医学的所見の回答欄 〉

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病その他の原因主な症状等 |  |
| 医学的な所見（該当に〇） |  | ⅰ）上記の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「寝返りが困難な者」に該当する |
|  | ⅱ）上記の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「寝返りが困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる |
|  | ⅲ）上記の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「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる |
|  | 上のⅰ）からⅲ）に該当しない |

　令和　　年　　月　　日

医　師　名