

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	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 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○）		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 \_\_\_\_\_