

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(車いす用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医師名 様	(照会者) 事業所名 所在地 電話番号 FAX番号 氏名 職
------------------------------------	--

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		生年月日				年	月	日				
住所												
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～			
対象福祉用具	車いす					年	月	日				

2 医学的な所見の回答欄

回答日	令和 年 月 日										
医療機関所在地											
医療機関名											
医師名											
電話番号											
疾病その他の原因											
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当する										
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる										
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる										
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない										

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(車いす用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		生年月日				年	月	日				
住 所												
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～			
対象福祉用具	車いす付属品					年	月	日				

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日										
医療機関所在地											
医療機関名											
医 師 名											
電 話 番 号											
疾病その他の原因											
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当する										
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる										
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる										
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない										

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(車いす用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住 所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	車いす・車いす付属品					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関名	
医 師 名	
電 話 番 号	
疾病その他の原因	
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当する
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる
	<input type="checkbox"/> 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「歩行が困難な者」に該当すると判断できる
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(特殊寝台用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医師名 様	(照会者) 事業所名 所在地 電話番号 FAX番号 氏名 職
------------------------------------	--

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		生年月日				年		月			日
住所											
要介護度		認定有効期間				年		月			日 ~
対象福祉用具	特殊寝台					年		月			日

2 医学的な所見の回答欄

回答日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
疾病その他の原因	
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(特殊寝台用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住 所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	特殊寝台付属品					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日											
医療機関所在地												
医療機関名												
医 師 名												
電 話 番 号												
疾病その他の原因												
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する											
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる											
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる											
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない											

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(特殊寝台用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		生年月日				年		月			日	
住 所												
要介護度		認定有効期間				年		月			日	
対象福祉用具	特殊寝台・特殊寝台付属品					年		月			日	

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関名	
医 師 名	
電 話 番 号	
疾病その他の原因	
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる
	<input type="checkbox"/> 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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(床ずれ防止用具及び体位変換器用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医師名 様	(照会者) 事業所名 所在地 電話番号 FAX番号 氏名 職
------------------------------------	--

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	床ずれ防止用具					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回答日	令和 年 月 日											
医療機関所在地												
医療機関名												
医師名												
電話番号												
疾病その他の原因												
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない											

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(床ずれ防止用具及び体位変換器用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住 所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	体位変換器					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日											
医療機関所在地												
医療機関名												
医 師 名												
電 話 番 号												
疾病その他の原因												
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない											

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(床ずれ防止用具及び体位変換器用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--------------------------------------	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住 所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	床ずれ防止用具・体位変換器					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日											
医療機関所在地												
医療機関名												
医 師 名												
電 話 番 号												
疾病その他の原因												
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 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											
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない											

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(認知症老人徘徊感知機器用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医師名 様	(照会者) 事業所名 所在地 電話番号 FAX番号 氏名 職
------------------------------------	--

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日				年	月	日					
住所													
要介護度		認定有効期間				年	月	日	～				
対象福祉用具	認知症老人徘徊感知機器					年	月	日					

2 医学的な所見の回答欄

回答日	令和 年 月 日											
医療機関所在地												
医療機関名												
医師名												
電話番号												
疾病その他の原因												
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当し、移動において全介助を必要としない											
	<input type="checkbox"/> 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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当するに至ることが確実に見込まれ、移動において全介助を必要としない											
	<input type="checkbox"/> 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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当すると判断でき、移動において全介助を必要としない											
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない											

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(移動用リフト用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医 師 名 様	(照会者) 事 業 所 名 所 在 地 電 話 番 号 FAX 番 号 氏 名 職
--	---

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号												
被保険者氏名		生年月日				年		月			日			
住 所														
要介護度		認定有効期間				年		月			日	～		
対象福祉用具	移動用リフト(つり具の部分を除く)					年		月			日			

2 医学的な所見の回答欄

回 答 日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関名	
医 師 名	
電 話 番 号	
疾病その他の原因	
医 学 的 な 所 見	<input type="checkbox"/> 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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当する
	<input type="checkbox"/> 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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる
	<input type="checkbox"/> 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「立ち上がり困難な者」か「移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のいずれかに該当すると判断できる
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない

軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見の照会書
(自動排泄処理装置用)

照会日： 令和 年 月 日

(照会先) 医療機関名 医師名 様	(照会者) 事業所名 所在地 電話番号 FAX番号 氏名 職
------------------------------------	--

下記の被保険者につきまして、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があり、福祉用具貸与の必要性を判断するために医学的な所見の確認が必要となりました。

つきましては、下記の福祉用具の利用について医学的所見をご記入くださるようお願いいたします。

なお、この照会は、被保険者ご本人の同意を得て行っております。

1 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		生年月日				年		月			日	
住所												
要介護度		認定有効期間				年		月			日	～
対象福祉用具	交換可能部品を除く自動排泄処理装置					年		月			日	

2 医学的な所見の回答欄

回答日	令和 年 月 日
医療機関所在地	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
疾病その他の原因	
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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「排便が困難な者」及び「移乗が困難な者」に該当する
	<input type="checkbox"/> 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「排便が困難な者」及び「移乗が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる
	<input type="checkbox"/> iii 上記の疾病その他の原因により「排便が困難な者」及び「移乗が困難な者」で、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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる
	<input type="checkbox"/> 上の i から iii に該当しない