

介護保険 軽度者の福祉用具貸与例外給付に係る医師の意見書

患者氏名
<p>【必要な福祉用具】（該当するものにチェック）</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>車いす</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>車いす付属品</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>特殊寝台</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>特殊寝台付属品</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>床ずれ防止用具</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>体位変換器</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>認知症老人徘徊感知機器</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>移動用リフト（つり具の部分を除く）</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>自動排泄処理装置</div> </div>
【原因となる疾病名】
【所見】（なぜ上記の福祉用具が必要であることを記載してください。）
<p>上記のとおり、この患者に福祉用具の利用が必要であることを証明する。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> （記入日） 年 月 日 </div> <div style="margin-top: 20px;"> 医療機関名 所在地 医師氏名 </div>

※高齢介護課に提出した主治医意見書等、同内容の医師の証明が別にある場合は、この様式を使用する必要はありません。