居宅介護支援事業者→主治医→居宅介護支援事業者

**ケアプラン連絡票（返信兼用）**

　令和　　　年　　　月　　　日

居宅介護支援事業者名：

Tel：

担当ケアマネージャー：

平素より大変お世話になっております。下記の利用者について「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態（ⅰ、ⅱ、ⅲ）に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否につき検討を行うこととしております。

つきましては、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に該当するかどうか医学的所見をお願いします。

**１利用者の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名： | 被保険者番号：52900 |
| 生年月日：　大正　・　昭和　　　年　　月　　日　（満　　　歳） | |
| 住所：大島郡喜界町大字 | |
| 要介護度：□要介護１　□要支援２　□要支援１　□その他（要介護　　　）  （有効期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日） | |
| 確認をお願いする福祉用具：  □車椅子（車椅子付属品）　□特殊寝台（特殊寝台付属品）　□床ずれ防止用具　　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器　　□移動用リフト（つり具部分を除く）□自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） | |

**２福祉用具を必要とする理由**

|  |
| --- |
|  |

**※裏面に続く**

以下、医師が記入

**２医学的な所見**

１）「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」に

（　□該当する・□該当しない　）

２）該当する状態（１で「該当する」に当てはまる場合）

　病名：

　□　ⅰ）状態像が変動し易く、日によってまたは時間によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者

□　ⅱ）状態像が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者

□　ⅲ）身体への重大な危険性又は症状の重篤化回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

※「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき以下の状態像」の原因となる傷病名をご記入の上、該当の□欄にチェックをお願いします。

３）必要と認められる福祉用具

□車椅子（車椅子付属品）　□特殊寝台（特殊寝台付属品）　□床ずれ防止用具　　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器　□移動用リフト（つり具部分を除く）□自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師　氏名