**◆この書類はＦＡＸでの送信はしないでください。**

**ご注意**

**◆この書類にて医療機関より利用者情報を提供いただいた場合は、自己負担が発生することを利用者・家族に説明し、ご了解いただいた上でご利用ください。**

**※当該利用者に居宅療養管理指導を算定している場合は、自己負担は発生しません。**

**※軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用です。それ以外の場合は様式第５号をご利用ください。**

|  |
| --- |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用**診 療 情 報 提 供 書**指定介護予防支援事業者指定居宅介護支援事業者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 氏　名 | 様( 男・女 ) | 生年月日 | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日生(　　才) |
| 傷病名 |  |
| １．病状、治療経過等（具体的に記載してください）２．(ⅰ)～(ⅲ)のうち該当する状態像の記号に○をつけ、下表に○及びチェックをつけてください（ⅰ）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**頻繁に下表の右欄の状態像**に該当する者 ＜例：パーキンソン病、重度の関節リウマチ＞（ⅱ）疾病その他の原因により、**状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に下表の右欄の状態像**に該当するにいたることが確実に見込まれる者 ＜例：がん末期＞（ⅲ）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**下表の右欄の状態像**に該当すると判断できる者 ＜例：呼吸不全、心不全、誤嚥性肺炎の回避＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要な福祉用具 | 例外給付対象種目（該当する記号に○をつけてください） | 例外給付が認められる状態像（該当する状態像にチェックをつけてください） |
| ア 車いす及び同付属品（右記のいずれかに該当する者） | □ 日常的に歩行が困難□ 日常生活範囲における移動の支援が特に必要 |
| イ 特殊寝台及び同付属品（右記のいずれかに該当する者） | □ 日常的に起きあがりが困難□ 日常的に寝返りが困難 |
| ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 | □ 日常的に寝返りが困難 |
| エ 認知症老人徘徊感知機器 | □ 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り、かつ移動において全介助を必要としない |
| オ 移動用リフト（除つり具部分）※昇降座椅子含む（右記のいずれかに該当する者） | □ 日常的に立ち上がりが困難□ 移乗に一部介助または全介助が必要□ 生活環境において段差の解消が必要 |

居宅療養管理指導　算定　□あり　□なし |
| 　 年　　 月　　 日住　　　所：医療機関名：医　師　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（神戸市介護サービス協会 様式第６号）