



## 福祉用具貸与に関する医師の所見書(記載例)

### 介護支援専門員記載欄

		作成日	●●年▲月■日		
利用者	被保険者番号	<b>1234567890</b>		性別	男・ <b>女</b>
	氏名	<b>菊池 花子</b>			
	住所	<b>菊池市●●</b>			
	生年月日	<b>昭和●●年▲月■日</b>	年齢	<b>80</b>	
	要介護度	要支援1・要支援2・ <b>要介護1</b> ・要介護2・要介護3			
利用者が貸与を希望する 福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品( ) <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台付属品(マットレス・サイドレール) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				
事業所名	<b>居宅介護支援事業所●●</b>	介護支援専門員名	氏 <b>■■■■</b>		

### 主治医記載欄

		作成日	●●年▲月■日	
主治医	氏名	<b>菊池 太郎</b>		
	病院名	<b>菊池市クリニック</b>		
上記の貸与が必要か否かの判断 (どちらかへ○をつけてください)		<b>必要</b> ・ 不必要		
当 必 す 要 付 と け 身 判 て 体 断 下 状 し さ 況 た い に 場 ○ 合 を 該	<b>I</b>	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、福祉用具を必要とする状態に該当する者		
	II	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具を必要とする状態になることが確実に見込まれる者		
	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福祉用具を必要とする状態に該当すると判断できる者		
上記の原因となる傷病名		<b>パーキンソン病</b>		
上記状態像と判断する具体的な医学的所見		パーキンソン病があり、一日の中でも状態が変わり、頻繁に起き上がりや寝返りが困難になることがあるため、特殊寝台が必要である。		