

主治医・ケアマネジャー連絡票

年 月 日

軽度者のための福祉用具貸与について

主治医	居宅介護支援事業所
先生	
電話	住所
FAX	電話
	FAX

軽度者（要支援１、２、要介護１）への福祉用具貸与には一定の制限があり、貸与にあたり主治医のご意見が必要となります。よろしくお願いいたします。

（※自動排泄処理装置に関しては要介護２、３も軽度者として取り扱われます。）

☐ 下記内容について、主治医から情報提供いただくことを、ご本人から承諾を得ています。

■介護支援専門員 記載欄

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者氏名		性別		介護度	
貸与を希望する福祉用具	☐ 特殊寝台（付属品含む） ☐ 車いす（付属品含む） ☐ 移動用リフト（つり具の部分を除く） ☐ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 自動排泄処理装置				
希望する理由等 （※簡潔に記載）					

■主治医 記載欄

《病名・病状等 意見欄》※必ずご記入ください。

《下記に当てはまる項目から、選んで○を記載してください》

1. 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状態が悪化する者。（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等）
2. 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに状態の悪化が確実に見込まれる者。（例：がん末期の急速な状態悪化 等）
3. 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状態が悪化すると判断できる者。（例：ぜんそく発作時による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 等）

年 月 日 主治医