

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる医師の所見照会票

| | | | |
|-----------|---|-------|---|
| 照会年月日 | 年 月 日 | | |
| 照会者 | | | |
| 所属事業所名 | | | |
| 被保険者番号 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 被保険者氏名 | 住 所 | | |
| 照会内容 | | | |
| 確認方法 | 面接 ・ 郵送 ・ 電話 ・ FAX | | |
| 回答者(医師氏名) | | | |
| 所属医療機関名 | 病院・医院 | | 科 |
| 回答年月日 | 年 月 日 | | |
| 状態像 | 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 | | |
| | 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が必要な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が必要な状態に該当すると判断できる者 | | |
| 回答内容 | (原因疾病名)_____により、状態像_____に該当。 | | |
| | 主治医氏名 | | |

医師への確認事項

どのような原因(疾病名等)で、状態像 i ~ iii のどれに該当し、具体的に利用者がどのような状況なのか(現在の心身の状況)、なぜその福祉用具が必要なのか、どのような状況で利用するのか。