

記入日：令和 年 月 日

むかわ町長 様

医療機関名 _____

医 師 名 _____ ⑩

軽度者に係る福祉用具貸与に関する情報提供書

フリガナ			
患者氏名			
患者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1		
必要と判断される貸与品目	例外措置の基準		
☐ 車椅子（付属品を含む）	☐ 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とくに必要と認められる		
☐ 特殊寝台（付属品を含む）	☐ 日常的に起き上がりが困難 ☐ 日常的に寝返りが困難		
☐ 床ずれ防止用具 体位変換器	☐ 日常的に寝返りが困難		
☐ 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・理解いずれかに支障がある ☐ 移動において全介助を必要としない ※例外基準のいずれにも該当すること		
☐ 移動用リフト	☐ 日常的に立ち上がりが困難 ☐ 移乗が一部介助又は全介助 ☐ 生活環境において段差の解消が必要と認められる		
	☐ その他、福祉用具貸与に関わり留意する身体状況		