

【軽度者の福祉用具貸与について・自動排泄処理装置用】

(介護支援専門員⇒主治医)

医院・クリニック

診療所・病院 _____ 先生へ

- ★ _____ 町在住の _____ 様の介護保険におけるケアマネジャーを担当させていただいております。
- ★ 今回 _____ 様へのアセスメントにより自動排泄処理装置が必要であると判断しました。自動排泄処理装置につきまして、介護保険法では軽度者（要支援 1・2 要介護 1・2・3）の方について給付の対象外となっています。ただし、主治医の医学的所見と担当者会議の意見等により例外的に給付の対象となります。
なお、この照会及び情報提供を行うについては本人、家族様の同意を得ております。

◇介護支援専門員 _____

◇事業所名 _____ 住所 _____

TEL _____ FAX _____

携帯 _____ E-mail _____

現在の要介護度は（要支援 1・2 要介護 1・2・3）

認定期間は（R . . ~ R . . ）です。

【連絡事項】

.....

.....

.....

.....

主治医⇒介護支援専門員

【連絡事項】

以下の□にチェックを記入の上、病名及び下線部分の具体的な身体状況と自動排泄処理装置が必要となる理由をご記入していただきますようお願いいたします。

- 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は用具が必要と判断する
- 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化することが確実に見込まれるため用具の活用は必要と判断する。
- 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化回避等、医学的に用具が必要と判断する。
- 現時点での必要性はなしと判断します。

病名及び具体的な身体状況と自動排泄処理装置が必要な理由

.....

.....

.....

.....

記載日 令和 年 月 日

医療機関名 _____ 主治医 _____