

軽度者に対する福祉用具貸与について(照会)

平成〇〇年〇月〇日

〇〇病院 〇〇先生 様

居宅介護支援事業所名
介護予防支援事業所名

居宅介護支援事業所〇〇〇〇

担当者名 〇〇〇〇

下記の者への福祉用具貸与の必要性について、照会させていただきます。

被 保 険 者 番 号	4	8	4	0	0	0	0	0	0	0	
利 用 者 氏 名	肝 付 太 郎						生年月日	M・T・S	11年	11月	11日
要 介 護 状 態 区 分	要支援 (1)		要介護 ()								

福祉用具貸与が必要と 考えられる理由	腰部変形性脊椎症・腰椎椎間板ヘルニア術の既往があり、股関節の外転制限があら れます。腰から下肢にかけての痛みがあり、長時間の立位や移動が困難であります。 電動車いすのを利用することにより、日常の買い物や畑作業、友人宅への訪問が可 能となり、自立した生活を継続できると思われま。今回、要支援1の軽度者であり福 祉用具貸与(電動車いす)の必要性を照会させていただきます。
-----------------------	---

下記のとおり回答します。

傷 病 名	腰部変形性脊椎症・腰椎椎間板ヘルニア		
* 利用者の状態 (該当する欄に✓印)	i	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。(例:パーキンソン病の治療薬によるON/OFF現象等)	
該当しない場合は、 貸与の対象となりません	ii	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 (例:がん末期の急速な状態の悪化等)	
	iii	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避など、医学的な判断から 福祉用具が必要な状態。(例:喘息発作等による呼吸不全、心疾患による 心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)	
* 必要と考えられる 福祉用具 (該当する欄に✓印)	✓	ア	車いす及び付属品
		イ	特殊寝台及び付属品
		ウ	床ずれ防止用具及び体位変換器
		エ	認知症老人徘徊感知器
		オ	移動用リフト
		カ	自動排泄処理装置
主治医の意見等	股関節の外転制限あり。長距離の歩行は困難であり、生活意欲を高めるためにも電 動車いすの利用が必要である。状態の悪化が見られた場合、直ちに再検討する。		
記 入 日	H30年 4月 20日		
医 療 機 関 名	〇〇病院		医師名 〇〇〇〇