（別紙様式８）

　　年　　月　　日

情報提供先

 居宅介護支援事業者

 地域包括支援センター

 紹介元医療機関

 の名称及び所在地

 医師氏名

 TEL.（　　　　－　　　　－　　　　　　）

福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当するため情報提供します。

|  |
| --- |
| フ リ ガ ナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　要介護度 □要支援１□要支援２□要介護１□要介護２□要介護３□申請中性別（男・女）　　生年月日　　Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　　年　　 月　　 日生（　　　歳）住所　横浜市TEL.（　　　　－　　　　　－　　　　　　　） |
| 傷病名 |
| １　福祉用具の利用が必要な状態像 |
| □　状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者のいずれかに該当する□　状態が急速に悪化し、短期間のうちに起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者になることが確実に見込まれる□　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見地から起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者に該当すると判断できる |
| ２　利用が必要な福祉用具 |
| □ 車いす及び車いす付属品　□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品□ 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　□ 移動用リフト□ 自動排泄処理装置 |