ご担当　　　　　　　　　　先生

現在、　　　　　　　　　　　様は　　　　　　　　　と認定されています。

通常　　　　　　　　では福祉用具　【　　　　　　　　】　利用の必要性は低いと判断され、貸与することができませんが、疾病により「利用の必要あり」と判断される場合には医師への照会による適用条件の確認が必要となります。

＊下記にあげる例外対象条件にあてはまるか否かについてお答願います。

用具分類　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

* ⅰ）　疾病その他の原因により状態が変化しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態像に該当する
* ⅱ）　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態像に該当する
* ⅲ）　疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または重篤化の回避等　医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態像に該当する
* Ⅳ）　該当しない

　　年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

疾病による福祉用具利用の必要性等についてご意見をお聞かせください。