

軽度者（要支援1～要介護1）の福祉用具利用について

氏 名	生 年 月 日 (年齢)	性 別
	明・大・昭 年 月 日 ( )	男・女

<診断名等(必須)> \_\_\_\_\_ により

<医学的所見等(必須)> \_\_\_\_\_ ことから

以下の状態になると判断されます。

- i) 状態が変化しやすく、日（時間帯）によって頻繁に下記福祉用具が必要な状態に該当する。
- ii) 状態が急速に悪化し、短期間の内に下記福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。
- iii) 身体への重大な危険性や症状の重篤化を回避するために下記福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。

<その他特記すべき内容>

( )

必要な福祉用具

( 車椅子及び付属品    特殊寝台及び付属品    床ずれ防止用具・体位変換器など  
認知症者徘徊感知機器    移動用リフト    自動排泄処理装置 )

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名

医 師 名 \_\_\_\_\_