

(様式3)

診療情報提供書

居宅介護支援事業者： _____

担当介護支援専門員： _____ 様

氏名	(男・女)	生年月日	(明・大・昭)	年	月	日生(才)
住所						

私は、この診療情報提供について同意します。

年 月 日

氏名 _____

該当する者に○

- i) 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、頻繁に表1(裏面)の状態像に該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに頻繁に表1の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者
- iii) 疾病その他の原因により、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判断から表1の状態像に該当すると判断できる者

(詳細)

住 所： _____ 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものである。

表1 対象種目および状態像

例外給付対象種目	状態像
ア 車いす及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に歩行が困難な者
	(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
イ 特殊寝台及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に起きあがり困難な者
	(2) 日常的に寝返りが困難な者
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感知機器 (右記の <u>いずれにも</u> 該当する者)	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2) 移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト (つり具部分を除く) (昇降座椅子を含む)	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置 (右記の <u>いずれにも</u> 該当する者) (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	(1) 排便において全介助を必要とする者 (2) 移乗において全介助を必要とする者