

意見書
(介護保険福祉用具貸与用)

対象者	氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	呉市				
病名						
医学的な所見	<input type="checkbox"/> 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 ・時間帯によって ・毎日 ）、頻繁に福祉用具が必要な下記の状態に該当する。 <input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、概ね1ヶ月程度のうちに福祉用具が必要な下記の状態になることが確実に見込まれる。 <input type="checkbox"/> 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福祉用具が必要な下記の状態に該当すると判断できる。 <p style="text-align: right;">※該当する項目にチェックする。</p>					
心身の状態	<input type="checkbox"/> 歩行ができない <input type="checkbox"/> 起きあがりができない <input type="checkbox"/> 寝返りができない <input type="checkbox"/> 認知症状がある <input type="checkbox"/> 立ち上がりができない <input type="checkbox"/> 移乗に介助が必要 <p style="text-align: right;">※該当する項目にチェックする（複数可）。</p>					
備考	<hr/> <hr/> <hr/>					
上記のとおり判断する。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">医療機関 所在地 名 称 医師氏名</p>						