

【軽度者の福祉用具貸与について・車いす用】

(介護支援専門員⇒主治医)

医院・クリニック

診療所・病院 _____ 先生へ

- ★ _____ 町在住の _____ 様の介護保険におけるケアマネジャーを担当させていただいております。ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。
- ★ 今回、車いすのご利用を希望されておられます。但し、軽度者（要支援1・2、介護I）に対する車いすの利用には制限があり、ご利用に際しては主治医の意見を参考にしてサービス担当者会議で例外的に利用が可能となります。
なお、この照会及び情報提供を行うについては本人、家族様の同意を得ております。

◇介護支援専門員 _____

◇事業所名 _____ 住所 _____

TEL _____ FAX _____

携帯 _____ E-mail _____

現在の要介護度は（要支援1・2 要介護1）

認定期間は（H . . ~ H . . ）です。

【連絡事項】

.....

.....

.....

.....

主治医⇒介護支援専門員

【連絡事項】

以下の□にチェックを記入の上、車いすが必要となる病名及びその必要性をご記入いただきますようお願いいたします。

- 日常的に歩行が困難で車いすが必要と判断する。
- 日常生活範囲における移動の支援が特に必要であるため車いすが必要と判断される。
- 現時点での必要性はなしと判断します

病名及びその必要性

.....

.....

.....

.....

.....

記載日 平成 年 月 日

医療機関名 _____ 主治医 _____