

## 特殊寝台等 軽度者(要支援1・2、要介護1) 例外給付利用申請書

適切なケアマネジメントを行った結果、福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

事業所

ケアマネジャー

利用者

介護度

【種類】	<input type="checkbox"/> 特殊寝台
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具
	<input type="checkbox"/> 体位変換器

### ① 認定調査項目

【認定調査】 基本調査項目	1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1、できる <input type="checkbox"/> 2、つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3、できない
	1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1、できる <input type="checkbox"/> 2、つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3、できない

※上記いずれもが「3、できない」の場合以外は、以下を記載し健康福祉課へ提出してください。

### ② 例外給付に関する医師の所見

記入日 令和 年 月 日

例外給付の 要件となる状況 該当する項目に☑	<input type="checkbox"/> i) 状態の変化	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、起き上がりや寝返りが「3、できない」になる場合(パーキンソン病等)
	<input type="checkbox"/> ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに起き上がりや寝返りが「3、できない」の状態になることが確実に見込まれる場合(ターミナル等)
	<input type="checkbox"/> iii) 重篤化回避	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療的判断が必要な場合(ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)
支障となる原因疾患名		
医師の所見等		
適当な特殊寝台の種類	<input type="checkbox"/> 1モーター <input type="checkbox"/> 2モーター <input type="checkbox"/> 3モーター	
主治医名	医療機関名	医師名

※上記 i) ~ iii) のいずれにも該当しない場合は、例外給付の対象外となります。

### ③ 例外給付に関するケアマネジメント

福祉用具の貸与が特に必要と判断した理由 (ケアマネジメント結果)	【現在の生活の状況(起き上がり、寝返りの状況)、その他特記事項(家族の状況等)】			
付属品	<input type="checkbox"/> サイドレール	<input type="checkbox"/> マットレス	<input type="checkbox"/> ベット用手すり	<input type="checkbox"/> テーブル
	<input type="checkbox"/> スライディングボード	<input type="checkbox"/> 介助用ベルト		

※提出書類：①例外給付利用申請書 ②アセスメント(写) ③ケアプラン(写) ④サービス担当者会議の記録(写)