

(参考様式)

福祉用具（特殊寝台）貸与に関する所見

患者氏名	
------	--

上記の者が以下の状態に該当することを認めます。

年 月 日

(該当する状態にチェックをしてください)

チェック欄	状態
<input type="checkbox"/>	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、頻繁に以下の状態のいずれかに該当する。 (一) 日常的に起き上がりが困難 (二) 日常的に寝返りが困難 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに以下の状態に該当するに至ることが確実に見込まれる。 (一) 日常的に起き上がりが困難 (二) 日常的に寝返りが困難 (例 がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/>	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以下の状態に該当すると判断できる。 (一) 日常的に起き上がりが困難 (二) 日常的に寝返りが困難 (例 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)

<その他所見>

()

医療機関名	
医師名	