第２号様式

福祉用具の例外的給付の対象とすべき患者についての意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者様 | 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | | |

　上記の患者様について、下記の疾病等によって次の（Ａ，　Ｂ，　Ｃ）に該当するため、福祉用具の（　　　　　　　　　　　　　　　　）が必要ですので、例外的な給付の対象となると判断します。

≪疾患名及び症状等≫

≪例外的給付の理由≫

Ａ　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、頻繁に第９５号告示第２５号のイに該当する者

Ｂ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第９５号告示第２５号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者

Ｃ　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第９５号告示第２５号のイに該当すると判断できる者

　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名及び所在地

医師氏名