
介護ベッド（特殊寝台及び特殊寝台付属品）貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）

送信日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

宛先： _____ 病院 _____ 科 _____ 医師宛 FAX： _____

発信者： 介護事業所名（ _____ ） ケアマネジャー（ _____ ）

TEL： _____ FAX： _____

利用者氏名： _____ 介護度 _____ （ _____ ） 生年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

■ご依頼内容 要介護度1以下における介護ベッド貸与について

現在、上記ご利用者様について、介護保険上は原則貸与対象外となっておりますが、
起き上がり困難・転倒リスク・褥瘡リスク等が高く、介護ベッドの必要性が高いと判断されます。

つきましては、「特例給付申請」に必要な医師意見を以下にご記入いただき、
【本紙下段の返信欄にてFAX返信】いただけますようお願い申し上げます。

【返信欄：主治医ご記入欄】（※以下にご記入の上、このままご返信ください）

- ☐ 起き上がりや立ち上がりが困難であり、介護ベッドによる離床支援が必要と考える
- ☐ 褥瘡予防や体位変換の必要性が高く、介護ベッドによる調整が有効である
- ☐ 夜間の離床や徘徊による転倒リスクが高く、安全管理の観点から必要
- ☐ その他：

医師署名（または記名押印）： _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご協力ありがとうございました。

このままご返信ください。（返信FAX番号： _____ ）

車いす貸与に関する意見書依頼（FAX送信票）

送信日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

宛先： _____ 病院 _____ 科 _____ 医師宛 FAX： _____

発信者： 介護事業所名（ _____ ） ケアマネジャー（ _____ ）

TEL： _____ FAX： _____

利用者氏名： _____ 介護度 _____ （ _____ ） 生年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

■ご依頼内容 要介護度1以下における車いす貸与について

現在、上記ご利用者様について、介護保険上は原則貸与対象外となっておりますが、
移動機能の低下や転倒リスク、屋外移動困難などの事情から、車いすの必要性が高いと判断されております。

つきましては、「特例給付申請」に必要な医師意見を以下にご記入いただき、
【本紙下段の返信欄にてFAX返信】いただけますようお願い申し上げます。

【返信欄：主治医ご記入欄】（※以下にご記入の上、このままご返信ください）

- ☐ 長距離歩行が困難であり、日常生活での移動に車いすの使用が必要と考えられる
- ☐ 屋外歩行中に転倒歴があり、安全確保のため車いすの使用が望ましい
- ☐ 疾患・筋力低下により、安定した移動手段として車いすが適切である
- ☐ その他：

医師署名（または記名押印）： _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご協力ありがとうございました。

このままご返信ください。（返信FAX番号： _____ ）