軽度者に対する福祉用具貸与例外給付にかかる医師所見確認記録

１　聴取年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

２　被保険者番号

３　被保険者氏名

４　医師氏名

５　医療機関名

６　医療機関所在地

７　聴取方法　　　電話　　・　　面接　　・　ＦＡＸ（写しを添付）

８　聴取内容

|  |  |
| --- | --- |
| ア）疾病名 |  |
| イ）医学的な所見 |  |
| ウ）状態 |  |
| エ）状態像 | ⅰ：状態の変化　　　ⅱ：急性増悪　　　ⅲ：医師禁忌※　該当するものを〇で囲む |
| オ）必要性 |  |

上記のとおり、医師より所見を聴取いたしました。

居宅介護（介護予防）支援事業所名

計画作成者（介護支援専門員）氏名