軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する主治医の所見聴取記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | ふりがな |  |
| 氏　名 | 男 ・ 女　 |
| 　大 ・ 昭　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　　　歳） |
| 住　所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関電話番号 | 　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　－　　　　　　　　 |
| 聴取年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 聴取方法 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用が必要な福祉用具 | □ 車いす及び車いす付属品　　　　　　　　　□ 床ずれ防止用具及び体位変換器□ 移動用リフト（つり具の部分を除く） | □ 特殊寝台及び特殊寝台付属品□ 認知症老人徘徊感知機器□ 自動排泄処理装置 |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の利用が必要な状態像等※該当するものに　　〇を付けて下さい。 | i) 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、頻繁に告示で定める基準に該当する者 |
| ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める基準に該当することが確実に見込まれる者 |
| iii）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告示で定める基準に該当すると判断できる者 |

聴 取 内 容 （各状態像に該当する疾病名、症状等を記入してください。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

以上、主治医からの所見を聴取いたしましたので、よろしくお願いします。

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印