

軽度者への福祉用具貸与に係る医師の 意見書
意見聴取書

年 月 日 作成

被 保 険 者	ふりがな												
	氏名	被保険者番号											
	住所	海南省					電話						
	生年月日	年 月 日					性別					男	女
	要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	認定有効期間		年 月 日から		年 月 日まで				

必要である福祉用具(必要なものに○印をつけて下さい。)

	特殊寝台及び 特殊寝台付属品	床ずれ防止用具 及び体位変換機	認知症老人徘徊感知器
--	-------------------	--------------------	------------

必 要 で あ る 理 由	医師の意見及び所見	該当する番号を○で囲んで下さい
		1) 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福祉用具が必要な状態に該当する者
		2) 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福祉用具が必要な状態に該当するに至ることが確実に見込まれる者
		3) 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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医 療 機 関	医療機関の名称										
	主治医氏名										
	直近の受診	年 月 日									

作成者が介護支援専門員の場合記入して下さい

居 宅 介 護 支 援 専 門 員	事業所名															
	所在地															
	電話番号						F A X 番号									
	介護支援専門員氏名															
	聴取日時	年 月 日					時 分									
	聴取方法															