

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る主治医所見聴取記録

1. 聴取年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      2. 聴取方法 \_\_\_\_\_

3. 被保険者情報

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)	
	(要介護度)	要支援 1	要支援 2      要介護 1
福祉用具名			

4. 医療機関情報

医療機関	(病院名)	(診療科)	
	(所在地)		
主治医名			

5. 該当する本人の状態像 (該当の□欄にチェックをしてください)

<input type="checkbox"/>	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、頻繁に起きあがり困難な者又は寝返りが困難な者のいずれかに該当する者
<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに起きあがり困難な者又は寝返りが困難な者のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/>	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起きあがり困難な者又は寝返りが困難な者のいずれかに該当すると判断できる者

6. 聴取内容 (以下の①～③の内容について主治医より聴取し、医師の所見を記入してください)

- ① 被保険者の疾病や障害及び加齢による身体上の変化などの状況
- ② 身体状況に起因する在宅生活の具体的な困難
- ③ ②を軽減するために必要な福祉用具と、福祉用具を利用することでどのような改善が図れるか

① \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_