

医学的所見聞き取り記録

被保険者番号		被保険者氏名		
要介護（支援）状態区分（いずれかに○）		要支援1	要支援2 要介護1 要介護2 要介護3	
必要な福祉用具の種類 (貸与品目に○)		車いす及び車いす付属品		
		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器		
		認知症老人徘徊感知器		
		移動用リフト（つり具の部分を除く）		
		自動排泄処理装置		
医師の医学的所見	主治医名			
	医療機関名			
	聞き取りを行った日及び場所	年 月 日（ 曜日）		
		場 所（ ）		
	<p><b>【例外的貸与基準の該当性】</b> ※該当するものにチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、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対象福祉用具が必要な状態に該当する者</p> <p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p>			
記 録 者	(ケアマネ氏名)			