参考様式

医師の医学的所見に係る確認書

　　年　　月　　日申請の「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書」に

伴う医師の医学的所見の確認について、以下のとおり実施しました。

○被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |

○医師（主治医）の医学的所見に係る情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師の氏名 |  |
| 聴取日時 | 年　　　月　　　日　（時間）　　　：　　　　※時間は、概ね時間を記入してください。 |
| 聴取方法 | 　□電話　　□面接　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聴取内容 |  |

※注意事項

　・医師の所見を聴取する際は、下記事項を具体的に聴き取り、記録してください。

　　　①利用者の疾病等の状況

　　　②それらの疾病等に起因し起こり得る利用者の状態変化

　　　③それらの状態変化により日常的に困難となる利用者の状態像

　　　④その状態像を回避するにあたって福祉用具導入の有効性　等