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