

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

ふりがな		被保険者番号	
被保険者名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	紋別市		
要介護状態区分	要支援 1・2		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療機関名			
主治医氏名			
医療機関所在地	Tel		
聴取方法	① 聞き取り（面談・電話） ② Fax ③ 郵送 ④ その他		
聴取年月日 （入手日）	年 月 日	時間	
聴取内容			
主治医の意見			

以上、主治医から意見を聴取しました。

居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____ 印

計画作成（介護支援専門員）担当者 _____