

軽度者への福祉用具貸与に係る医学的所見聴取確認書

医師名		医療機関名	
医療機関所在地			
聴取日	年 月 日	聴取方法	電話 ・ 面談
被保険者氏名		被保険者番号	

該当する状態像のいずれかにチェックしてください。

<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帯によって、頻繁に94号告示第31号のイに該当する。 必要となる福祉用具： この項目に該当する疾病名、症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：
<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94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる。 必要となる福祉用具： この項目に該当する疾病名、症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：
<input type="checkbox"/> 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94号告示第31号のイに該当すると判断できる。 必要となる福祉用具： この項目に該当する疾病名、症状等（福祉用具貸与の必要性との関係）：

上記のとおり、聴取した内容は医師の所見と相違ありません。

事業所名：

担当者名：

㊟

※必要に応じて、医師に内容を確認させていただく場合があります。ご了承ください。