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。

|  |
| --- |
| □ 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）：** |
| □ 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）：** |
| □ 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。**