

## 主治医所見聴取確認書

主治医名	
医療機関名	
確認日	平成 年 月 日
被保険者名	

いずれか該当する状態像にチェック

- (i) 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95号告示第25号のイに該当する者

【原因となる疾病等】

{ }

【当該利用者の(i)の具体的状態像(福祉用具貸与の必要性との関係)】

{ }

- (ii) 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95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者

【原因となる疾病等】

{ }

【当該利用者の(ii)の具体的状態像(福祉用具貸与の必要性との関係)】

{ }

- (iii) 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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

【原因となる疾病等】

{ }

【当該利用者の(iii)の具体的状態像(福祉用具貸与の必要性との関係)】

{ }

上記のとおり、聴取した内容は主治医の所見と相違ありません。

居宅介護(介護予防)支援事業所名

担当者名

印

※必要に応じて、主治医に内容を確認させていただく場合もありますので、ご了承ください。