主治医所見聴取確認書

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 確認日 | 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

※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。