

平成 年 月 日

渋谷区福祉部介護保険課長 殿

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の判断(確認書)

()居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
管理者()
担 当()
連絡先()

下記により、福祉用具貸与が必要と思われます。別紙資料を添付しますのでご確認ください。

記

| | | | |
|---------|-----------|------|-------------------------|
| 被保険者番号 | 0000 | 氏 名 | |
| 要介護度 | 支援1・2・介護1 | 認定期間 | ～ |
| 貸与事業所番号 | | 事業所名 | |
| 担 当 | | 対象商品 | |
| 月 額 | 円 | 貸与期間 | ～ |
| 確認日時 | 年 月 日 | 確認者 | |
| 該当区分 | i・ii・iii | 確認方法 | 主治医意見書・診断書・訪問・電話・その他() |
| 医師名 | | 医師所属 | |
| 病 名 | | 状況等 | |
| 必要期間 | 迄 | | |
| 担当者会議 | 年 月 日 | 場 所 | |
| 出席者(文書) | | 所 属 | |
| 出席者(文書) | | 所 属 | |
| 出席者(文書) | | 所 属 | |
| 出席者(文書) | | 所 属 | |
| 主な内容 | | | |