

福祉用具貸与に関する担当医師の意見等

フリガナ		性別	被保険者番号									
対象者氏名		男・女	介護度	要支援1	要支援2	要介護1						
			生年月日	明・大・昭	年	月	日生	認定期間	年	月	日	～
住所	〒357- 飯能市 電話番号 ( )											

貸与する福祉用具の種類

<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト

【担当医師が記入】

上記の福祉用具が必要な医学的所見	
	平成 年 月 日 担当医師署名 _____

【担当医師から所見を聴取し、ケアマネジャーが記入】

上記の福祉用具が必要な医学的所見	担当医師名	病院・医院名
	聴取日 年 月 日	聴取方法 面談 電話 その他 ( )

【ケアプラン（計画）担当】

事業者	ケアマネジャー氏名
事業者	事業者名