

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	～	年	月	日
住 所	〒357- 飯能市 電話番号 ()											

貸与する福祉用具の種類

☐ 車いす	☐ 特殊寝台	☐ 床ずれ防止用具	☐ 認知症老人徘徊感知機器
☐ 車いす付属品	☐ 特殊寝台付属品	☐ 体位変換器	☐ 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	
	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 名