

別記様式 3

医師の医学的所見に係る確認書

令和 年 月 日申請の「軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認申請書」に伴う医師の医学的所見の確認について、以下のとおり実施しました。

○被保険者情報

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

○医師（主治医）の医学的所見に係る情報

医療機関名	
医師の氏名	
聴取日時	年 月 日 (時間) : ※時間は、概ねの時間を記入してください。
聴取方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他 ()
聴取内容	

※注意

医師の所見を聴取する際には、当該福祉用具の貸与を必要とする次の事項を具体的に聴き取り、記録のうえ添付してください。

- ①利用者の疾病等の状況
- ②疾病等に起因し起こり得る利用者の状態変化
- ③上記①、②により日常的に困難となる利用者の状態像
- ④③を回避するにあたっての福祉用具の導入の有効性

(①～④の内容は、ほかの「医師の医学的所見に係る確認方法」の際においても記載されている必要があります。)