別記様式１

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	□ 電話　　□ 面接　　□ 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　①利用者の疾病等の状況　②それらの疾病等に起因し起こり得る利用者の状態変化　③それらにより日常的に困難となる利用者の状態像　④それを回避するにあったて福祉用具の導入の有効性　等を具体的に聴き取り、記録のうえ添付してください。

（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。）