

申請年月日	年 月 日
-------	-------

伊豆の国市長 様

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名
 介護支援専門員担当者名 印
 連絡先

被保険者番号		対象者氏名	
要介護度	要支援1・2 要介護1	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
貸与事業所番号		貸与事業所名	
貸与事業所担当者名		対象商品名	
貸与期間			
医師に確認した日	年 月 日	医師名	
医師所属			
確認方法	主治医意見書・診断書・訪問・その他()		
原因となる疾病名			
該当区分 (該当区分にレ点をつける)	i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に表1の「状態像」に該当する者		
	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に表1の「状態像」に該当するにいたることが確実に見込まれる者		
	iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の「状態像」に該当すると判断できる者		
担当者会議	年 月 日	場所	
主治医から聴取した内容(別添資料でも可)			

※1.サービス担当者会議の記録を添付してください。

市役所記入欄	
確認欄	