

軽度者の福祉用具貸与の例外給付にかかる主治医所見聴取記録

聴取年月日	令和 年 月 日		
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護度	要支援1 ・ 2 ・ 介護 1 申請中(申請日)		

1 聴取方法

2 聴取内容(医学的な所見)

上記のとおり、主治医から所見を聴取いたしました。

3 医療機関住所

4 医療機関名

電話番号

5 主治医氏名

居宅介護(介護予防)支援事業所名

計画作成者(介護支援専門員)氏名

Ⓜ
