軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医師所見聴取記録

１．聴取年月日　　年　　月　　日

（ふ　り　が　な）
２．被保険者氏名　　性別　男　・　女
（サービス利用者氏名）
生年月日　明・大・昭　　年　　月　　日生
住　　所

３．医師氏名

４．医療機関名

５．医療機関所在地
電　話　番　号　　―　　―

６．聴取方法

７．聴取内容

以上、医師からの所見を聴取いたしましたので、よろしくお願いします。

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　　印