

介護支援専門員医師所見聴取書

所見聴取日 _____ 年 月 日

所見聴取場所 _____

居宅介護支援（介護予防支援）事業所名 _____

介護支援専門員名 _____

被保険者名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住 所		性 別	男・女
聴取内容 (病名を聴取できた場合は、併せて記載する)			
上記聴取内容に伴い、該当する番号を囲む	<ol style="list-style-type: none">1 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化)3 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危篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)		
・ 医師氏名	_____		
・ 医療機関名	_____		
・ 医療機関所在地	_____		