

医師からの聞き取りにより作成した記録

年 月 日

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1		
支援事業所	事業所名			
	担当ケアマネ ージャー		電話番号	
主 治 医	医療機関名		医師氏名	
	住 所			
聞き取り内容 (疾病や現在の状態像、福祉用具貸与に関連する症状など、できるだけ詳しく)				
聞き取り日時	年 月 日 時		聞き取り方法	口頭による聞き取り
貸与品目	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具及び体位変換器
	<input type="checkbox"/>			
備 考				

※居宅支援事業所の担当ケアマネージャーが記入してください