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 | □ | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | □ | | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | | |
| □ |  | | | | | | |
| 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