

主治医への意見照会書

医療機関

医療機関名 :
 医師名 :

居宅介護支援事業所

事業所名 :
 ケアマネジャー氏名 :
 TEL :
 FAX :



照会日 :

平素よりお世話になっております。

下記の患者様の居宅サービス計画書（ケアプラン）を作成するにあたり、福祉用具及び医療系サービスの利用の必要性等についてご意見をいただきたく存じます。

つきましては、下記の回答欄から医学的所見をご記入くださいますようお願いいたします。

なお、この照会はご利用者の同意を得て行っております。

1 患者（利用者）情報

患者（利用者）氏名		生年月日	
住所			
要介護度			
対象 福祉用具貸与			
対象 医療系サービス			

2 医師からの回答欄

- ☐ 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的な所見
☐ 医療系の介護保険サービスに係る医学的な所見

回答日			
氏名			
疾病その他の原因			
軽度者に対する 福祉用具貸与に係る 医学的な所見	☐	i 上記の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「歩行が困難な者」に該当する	
	☐	ii 上記の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「歩行が困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる	
	☐	iii 上記の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重篤化の回避等医学的判断から「歩行が困難な者」に該当すると判断できる	
	☐	上の i から iii に該当しない	
医療系の介護保険 サービスに係る 医学的な所見	医療系サービス（ ）の利用について必要性を （ ☐ 認めます・ ☐ 認めません） 【理由】		