

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る主治医所見聴取記録

1. 聴取年月日	年 月 日	
2. 被保険者	ふりがな	
	氏名	
	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	(〒 -) TEL - -
3. 主治医氏名		
4. 医療機関名		
5. 医療機関所在地	(〒 -) TEL - -	
6. 聴取方法		
7. 聴取内容		

以上、主治医からの医学的な所見を聴取いたしました。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業所名	
計画作成担当者氏名	