●年●月●日

●●病院　●●科

●●　先生　御机下

（事業所名）

（ケアマネ氏名）

（連絡先）TEL

　　　　　FAX

介護保険　軽度認定者に係る福祉用具貸与に関する意見について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、ご意見をいただきたく、よろしくお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 登別市 | | | |
| 氏名 |  | 性別 |  | 昭和　年　月　日生（　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜問い合わせ内容等＞  要支援１から要介護１までの認定者は福祉用具の貸与の品目が限られますが、対象者は、[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]  のため、[ 　　]  が必要な状態です。登別市への申請のためには、必要性の有無について医師の意見が必要になりますので、ご多忙中申し訳ありませんが、下記にご意見を賜わりますようよろしくお願いいたします。 | |
| 医師からの回答（返信）  ＊この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定はできません。 | |
| ＜医師のご意見＞  ※該当にチェックし、  下にご意見を記入してください。 | □　福祉用具を必要とする |
| □　特に必要ない |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾病その他の原因、主な症状等  　　　年　　　月　　　日　担当医氏名 | |