

主治医への連絡票（軽度者の福祉用具例外給付用）

（ 依頼日 ） 年 月 日

提供先	医療機関名	渥美病院
	担当部署	地域連携室
	連絡先	電話： 0531- 22- 2131(代) FAX: 0531- 22- 0284(代)



提供元	事業所名	
	担当者氏名	
	連絡先	電話：

私が担当する下記利用者についてご連絡がありますので、
主治医（ ）先生に、以下の内容で意見を伺ってください。

利用者基本情報

ふりがな		性別	住所 <small>(町名までで可)</small>	・田原市 町 ・豊橋市
氏名		男・女		
生年月日	・大正 ・昭和	年 月 日	歳	介護認定 ・申請中 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3

連絡内容

・軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について	
<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡欄	

** 以下病院処理欄（手書き） **

医師確認

意見欄

受付処理

患者 D	
受領日	年 月 日
受付者	



医師確認実施



回答（電話連絡）

回答者	
回答日	年 月 日