

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】(つづき)

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	<p>【福祉用具専門相談員の意見】</p> <p>福祉用具専門相談員氏名 ()</p> <p>指定福祉用具貸与事業所名 ()</p> <p>【サービス担当者会議開催日】 令和 年 月 日</p> <p>【サービス担当者会議出席者】 ※出席には書面による照会回答分も含む。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人</p> <p><input type="checkbox"/> 家族、同居人</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員</p> <p><input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供事業者</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【サービス担当者の意見の要約】</p> <p>【本人・家族の意向】</p>
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	

※ 作成にあたっては、以下の項目に留意してください。(内容に疑義があるときは、本市から照会することがあります。)

- 1 本書は、例外給付品目の変更及びその数量に追加が生じた場合、あるいは居宅介護(介護予防)支援事業所が変更になった場合については、再度作成し提出してください。
- 2 本書は、保険者(市町村長)に提出するとともに、その写し(保険者確認後の写し)をサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。

【大阪市確認欄】

確認年月日	令和 年 月 日
確認印	