**医師から聴取した医学的な所見の記録**

様式３

居宅介護（介護予防）支援事業所名

計画作成者（介護支援専門員）氏名　　　　　　　　　　　　 印

以下のとおり主治医から意見を聴取しました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所見確認日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 被保険者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 聴取した医師名等 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 担当医師名 |  | | |
| 聴取方法 |  | | | |
| 医師から聴取した医学的な所見の内容 |  | | | |
| 確認した状態 | ⅰ）　・　ⅱ）　・　ⅲ） | | | |