医師に対する照会（依頼）内容

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス担当者会議を開催しない理由ないし出席できない理由					
照　会　目　的		□　初期計画　□　情報交換　□　役割分担　□　方針の検討　□　モニタリング □　その他（ 軽度者に対する福祉用具の貸与について ）			
照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回　答　内　容
					（　　） により、 Ⅰ　状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に＿＿＿＿＿＿＿＿が必要である。 Ⅱ　状態が急速に悪化し、短期間のうちに＿＿＿＿＿＿＿＿が必要な状態になることが確実に見込まれる。 Ⅲ　身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から＿＿＿＿＿＿＿＿が必要である。