

様式第4号(第4条関係)

難病患者等日常生活用具給付意見書

患者氏名					
生年月日	年	月	日生	性別	男・女
患者住所					
疾患名					
必要な用具名					
現在の状態	●身体の状況（用具を真に必要とする原因となる症状など詳しく記載願います。）				
	●在宅で療養が可能であると判断できる理由。				
症 状	常時介護を必要とする		寝たきりの状態である		
	自力で排尿できない		入浴に介助を要する		
	下肢が不自由である		上肢機能の障害がある		
	呼吸器機能に障害がある		発作等により頻繁に転倒する		
<p>上記の患者は、在宅で療養が可能な程度に症状が安定しており、症状等は以上のとおりであると診断します。</p> <p>年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師名 印</p>					