

日常生活用具交付意見書

本人	氏名	
	住所	
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
疾患名 または 障害名		※特定疾患の診断名のある場合は、必ず記入してください。
交付についての意見 (障害の状況及び交付を 必要とする理由)		
日常生活用具の名称		
在宅療養について		在宅での療養が可能な症状に安定しているか否か (当面、在宅での療養が可能であると判断できるか)
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の住所</p> <p>医療機関の名称</p> <p>15条指定医氏名 ㊟</p> <p>(難病特定疾患については担当医師名を記入してください)</p>		