

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)
----------	--

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関の住所

医療機関の名称

15条指定医氏名 ㊞

(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)