

難病患者等日常生活用具給付意見書

氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	性別	男・女
疾 患 名		
必要とする種目及び症状等 (日常生活用具を必要とする身体の状況等)		
区分	状態※ (該当の状態を○で囲んでください。 日常生活用具給付の対象は、原則として「1」の状態とする。	
排便動作	1 常時介助を要する	2 一部介助を要する
寝たきり度	1 寝たきりの状態にある	2 一時的に寝たきりの状態にある
排尿動作	1 自力で排尿できない	2 一時的に自力で排尿できない
入浴介助の必要度	1 入浴に介助を要する	2 一部入浴に介助を要する
上肢機能の不自由度	1 上肢機能が不自由である	2 一時的に上肢機能が不自由である
下肢又は体幹機能の不自由度	1 下肢又は体幹機能が不自由である	2 一時的に下肢又は体幹機能が不自由である
言語機能	1 言語機能喪失又は著しく低下している	2 一時的に言語機能喪失又は著しく低下している
呼吸器機能	1 呼吸器機能に障害がある	2 一時的に呼吸器機能に障害がある
<p>以上のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		