

日常生活用具給付意見書	
氏 名	
病 名	(発症 年 月 日)
	難病の患者に対する医療等に関する法律に基づき指定される指定難病の該当 □有 □無
主要な症状等	
必要とする 日常生活用具	
上記用具を 必要とする 身体 of 状況等	
交付を必要 とする理由	
在宅で療養が可能な程度に病状が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。) □可 □否	
備 考	
上記のとおり日常生活において用具が必要である。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ⑨	