

日常生活用具給付（貸与）に関する医師意見書

患者氏名		生年 月日	年 月 日
患者住所			
疾患名		疾患番号	
障害部位	下肢 上肢 体幹 平衡機能 視覚 聴覚 その他（ ）		
必要とする 日常生活用具			

症状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）

在宅で療養が可能な程度に症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。）

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
 医療機関所在地
 担当医師 氏名

