

日常生活用具給付（貸与）に関する医師意見書

患者氏名	(男・女)	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態等）

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

印