

日常生活用具給付意見書（難病）

患者氏名		大・昭 平・令	年 月 日生	男・女
患者住所	吹田市			
疾患名				
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か。）				
以上のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師 氏名				