

日常生活用具支給についての意見書

氏名		生年月日	年　月　日生
医 学 的 所 見	障害名及び原因となった疾病・外傷名	発生年月日　　 年 月 日 最終診察日 年 月 日 先天性 ・ 後天性（外傷・戦傷・産業・交通・疾病・その他 ） ＊障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当（□する□しない）	
	経過 ・ 現症 ※日常生活用具の処方をする障害の状況についてご記入ください。	注：下記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。	
	日常生活用具の種目及名称		
	日常生活用具の処方内容		
	処方効果		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医師名			