

難病患者等日常生活用具給付意見書

氏名	生年月日	年	月	日（歳）
住所	性別	男・女		
疾患名				
必要とする種目及び症状等（日常生活用具を必要とする身体の状態等）				
区分	状態※（該当の状態を○で囲んでください。） 日常生活用具給付の対象は、原則として「1」の状態とする。			
排便動作	1 常時介助を要する	2 一部介助を要する	3 介助を要しない	
寝たきり度	1 寝たきりの状態にある	2 一時的に寝たきりの状態にある	3 寝たきりの状態にない	
排尿動作	1 自力で排尿できない	2 一時的に自力で排尿できない	3 自力で排尿できる	
入浴介助の必要度	1 入浴に介助を要する	2 一部入浴に介助を要する	3 入浴に介助を要しない	
上肢機能の不自程度	1 上肢機能が不自由である	2 一時的に上肢機能が不自由である	3 上肢機能が不自由ではない	
下肢又は体幹機能の不自程度	1 下肢又は体幹機能が不自由である	2 一時的に下肢又は体幹機能が不自由である	3 下肢又は体幹機能が不自由ではない	
言語機能	1 言語機能喪失又は著しく低下している	2 一時的に言語機能喪失又は著しく低下している	3 言語機能は低下していない	
呼吸器機能	1 呼吸器機能に障害がある	2 一時的に呼吸器機能に障害がある	3 呼吸器機能に障害がない	
<p>以上のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				