**日常生活用具給付　医師意見書（難病用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ネブライザー等、蓄電池等以外

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 香取市 | | | |
| 疾病名 |  | | | |
| 品　名 | □特殊寝台　□特殊マット　□特殊尿器　□体位変換器　□移動用リフト  　□訓練用ベッド　□入浴補助用具　□便器　□特殊便器　□自動消火器  　※該当にチェックをして下さい。 | | | |
| 該当障害 | □上肢機能障害　□下肢機能障害　□体幹機能障害  　□視覚障害　□聴覚障害　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  　□ねたきり　□日常生活上、常に介助を必要とする  　□自力で排尿できない（特殊尿器の場合のみ）  　※該当にチェックをして下さい | | | |
| 参考となる経過・所見・使用効果見込み  　治療経過 | | | | |
| 現症及び  身体機能の  状　　　況 | 介助が必要な日常生活動作…（　移動 ・ 食事 ・ 更衣 ・ 排泄 ・ 入浴　）  ※該当に〇をして下さい | | | |
| 必 要 頻 度 | | | | |
| 所見・使用  効果見込み | | | | |
| 上記により、給付が必要と認めます。  　　　　　　　　　　年　　月　　日  医療機関の  名称・所在地  担当科名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |