

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	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 訓練用ベッド <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 特殊便器 <input type="checkbox"/> 自動消火器 ※該当にチェックをして下さい。		
該当障害	<input type="checkbox"/> 上肢機能障害 <input type="checkbox"/> 下肢機能障害 <input type="checkbox"/> 体幹機能障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ねたきり <input type="checkbox"/> 日常生活上、常に介助を必要とする <input type="checkbox"/> 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○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			