

(様式例・任意)

診断書・意見書（日常生活用具給付用）

患者氏名
患者住所
患者生年月日
疾患名（診断名等、難病法に基づく指定難病の場合はその疾病名）
症状（日常生活用具を必要とする身体状況等）
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と判断できるか）
可・否

以上のとおり診断します。

年 月 日

(医療機関情報)

所在地
名称
診療科
医師氏名
電話番号

印

(記載例) ※任意様式可

診断書・意見書（日常生活用具給付用）

患者氏名	
浦安 太郎	
患者住所	
浦安市猫実〇-〇-〇	病名・診断名があればご記入ください。指定難病の場合は、その疾病名を必ずご記入ください。
患者生年月日	
令和〇年〇月〇日	
疾患名（診断名等、難病法に基づく指定難病の場合はその疾病名）	
症状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）	
	(例) 呼吸器機能障がいにより、人工呼吸器、電動式たん吸引器の使用が必要。
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と判断できるか)	
<input checked="" type="checkbox"/> 可・否	

以上のおり診断します。

年 月 日

記入した日付をご記入ください。

(医療機関情報)

所在地
名称
診療科
医師氏名
電話番号

該当する内容をご記入ください。

印