

小児慢性特定疾患児童等日常生活用具給付に係る意見書

氏 名

(年 月 日生 男・女)

住 所

疾 患 名

症 状
(日常生活用具を必要とする身体
の状況等)

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)。

以上のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名
医療機関所在地
担当医師 氏 名

印