

(第1号様式)

難病患者等日常生活用具給付に関する意見書

ふりがな			大・昭・平・令 年 月 日
患者氏名		生年月日	(満 歳)
住所			
原傷病名	発症日 ( 年 月 日)	機能障害名	
希望される日常生活用具名			
<b>総合所見</b>			
① 相当する障害等級 (該当事項の空欄すべてに「○」を記入して下さい。)			
【 上肢障害 2級 以上相当 】		【 音声機能障害 3級以上相当 】	
【 下肢障害 2級 以上相当 】		【 言語機能障害 3級以上相当 】	
【 体幹機能障害 2級以上相当 】		【 呼吸機能障害 3級以上相当 】	
【 膀胱・直腸機能障害 4級以上相当 】		【 そしゃく機能障害 3級以上相当 】	
【 身体障害 2級以上相当 】			
②参考となる経過・現症 (全身所見、局所所見、合併症、筋力テスト、ROM、ADL等)・障害の部位及びその状況 ※対象患者に関する状態をご記載ください。			
③医学的診断に基づく日常生活用具の必要性 ※希望の日常生活用具を使用することが適当であるかの判断			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関所在地			
医療機関名			
担当医師氏名			
印			

【記載上の留意事項】

この意見書は、座間市地域生活支援事業における日常生活用具給付事業に基づく日常生活用具給付の支給決定の必要性を勘案するための資料として使用します。対象患者の経過等に伴い、各欄に記載をお願いいたします。