

一宮市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付意見書

患者氏名 [年 月 日生(歳)]

患者住所

疾患名

症状

- ・ 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。)

- ・ 日常生活用具を必要とする身体の状況等

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
所在地
担当医師氏名
(署名又は記名押印)