

難病用日常生活用具給付意見書

氏名		M・T・S・H 年 月 日生	男・女
住所			
疾患名			
希望する用具名			
用具を給付されることによる効果等			
状態（該当の状態を○で囲んでください。）			
区分	状 態		
排便動作	1 常時介助を要する	2 一部介助を要する	3 介助を要しない
寝たきり度	1 寝たきりの状態にある 3 寝たきりの状態にない	2 一時的に寝たきりの状態にある	
排尿動作	1 自力で排尿できない 3 自力で排尿できる	2 一時的に自力で排尿できない	
入浴介助の必要度	1 入浴に介助を要する 3 入浴に介助を要しない	2 一部入浴に介助を要する	
上肢機能の不自由度	1 上肢機能が不自由である 3 上肢機能が不自由ではない	2 一時的に上肢機能が不自由である	
下肢又は体幹機能の不自由度	1 下肢又は体幹機能が不自由である 2 一時的に下肢又は体幹機能が不自由である 3 下肢又は体幹機能が不自由ではない		
言語機能	1 言語機能喪失又は著しく低下している 2 一時的に言語機能喪失又は著しく低下している 3 言語機能は低下していない		
呼吸器機能	1 呼吸器機能に障害がある 2 一時的に呼吸器機能に障害がある 3 呼吸器機能に障害がない		
上記のとおり意見します。 令和 年 月 日 医療機関の所在・名称 医師名 印			

