

# 日常生活用具支給意見書

## (小児慢性特定疾病日常生活用具)

氏名	年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾病等の状況 (上記障害・疾病等により日常生活用具が必要となる理由が明確となるよう記載。小児慢性特定疾病については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)	
※現在の症状及び状況は ( 一過性である ・ 一過性ではない )	
必要と認める日常生活用具	日常生活用具の種目、名称
	処 方
	使用効果見込み
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	