

## 日常生活用具意見書（難病患者等用）

住 所	佐渡市
ふりがな  氏 名	
生年月日	年            月            日    生            男 ・ 女
病 名	
症 状（下記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。）	
日常生活用具の名称	
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、在宅で療養が可能であると判断できるか）	
備 考	
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="margin-left: 100px;">年            月            日</p> <p style="margin-left: 200px;">医療機関名 医療機関所在地 担当医師氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">⑩</p>	