様式第1号の2（第3条関係）

|  |
| --- |
| 難病患者等日常生活用具給付意見書 |
| 対象者 | 氏 名 |  | 性 別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住 所 |  |
| 【疾患名】 |
| 必要とする用具の種目及び症状等（日常生活用具を必要とする身体の状況等） |
| 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否か） |
| 状態の程度（該当箇所を○で囲んでください）※給付対象は原則として状態が1の場合 |
| 動作 | 状態の程度 |
| 寝たきり | 1 寝たきりの状態にある 2 一時的に寝たきりの状態である 3 寝たきりの状態にない |
| 排尿 | 1自力で排尿できない2一時的に排尿できない3自力で排尿できる |
| 排便 | 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 |
| 入浴 | 1介助を要する2一部介助を要する3介助を要しない |
| 障害の程度（該当箇所を○で囲んでください）※給付対象は原則として状態が1の場合 |
| 部位 | 障害の程度 |
| 上肢機能 |  |
| 下肢又は体幹機能 |  |
| 呼吸器機能 |  |
| 上記のとおり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）の給付について意見する。年　　　月　　　日医療機関名所在地診察担当科名　　　　　　　　　　科　　　医師名　　　　　　　　　　　　　㊞ |