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　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |