

日常生活用具医学意見書（難病患者（児）等用）

氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
疾患名			
現症及び日常生活用具を必要とする理由			
気管切開（有・無）、喉頭摘出（有・無）、筋力低下（著・有・無） 自立度（一部自立・準寝たきり・寝たきり）、喀痰（不可・困難・自立） 移動（全介助・一部介助・自立）、自立呼吸（不可・困難・自立） 食事（経管栄養・流動食・普通食）、吸引頻度（常時・随時・不要） 生活（入院中・施設入所中・在宅・その他【 】）			
日常生活用具の名称：			
意見及び効果見込み：			
備考：			

上記のとおり必要と認めます。

年 月 日

大 津 市 長 様

医療機関名 _____

醫師名 _____ (印)