

意見書

患者氏名

年 月 日生 男・女

患者住所

疾患名

症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）

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、在宅での療養がかのうであると診断できるか。）

必要とする日常生活用具の種目

日常生活用具導入により得られる効果

以上により、上記日常生活用具が必要である。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏 名

印