

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付診断書

- 1 対象者氏名 年 月 日生 男・女

- 2 対象者住所

- 3 疾患名

- 4 症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）

- 5 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。）

- 6 日常生活用具給付後の予測される状況

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏 名

㊞