様式第２号（第４条関係）

（障がい者日常生活用具給付申請用）

診　　　断　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | （ふりがな）  患者氏名 |  | | 生年月日  年　月　日 | 年齢  歳 |
| 患者住所 |  | | | |
| 疾患・傷病状態 | 疾患名 |  | | | |
| 症状  （日常生活用具を必要とする身体の状況） |  | | | |
| 必要な日常生活用具の種類 | | |  | | |
| 医師意見書   1. 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか 2. 日常生活用具を必要とするか等 | | |  | | |

以上のとおり診断します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　　月　　日

　　　　　医療機関名

　　　　　所　在　地

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）