

小児慢性特定疾病  
日常生活用具

支給意見書

|                                                                                                                |              |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| 氏名                                                                                                             |              | 年 月 日生 ( 歳) |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名                                                                                              |              |             |
| ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 ( <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない) |              |             |
| 障害・疾患等の状況（注：下記 用具 を必要と認める理由が明確となるよう記載する。小児慢性特定疾病については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。）                              |              |             |
| 必要と認める<br>日常生活用具                                                                                               | 日常生活用具の種目、名称 |             |
|                                                                                                                | 処 方          |             |
|                                                                                                                | 使用効果見込み      |             |
| 上記のとおり意見する<br><br>年 月 日<br><br>病院又は診療所名<br>所 在 地<br>診療担当科名<br>作成医師氏名                                           |              |             |