

日常生活用具交付意見書

氏 名	
住 所	
生年月日	昭・平・令 年 月 日(歳) 男・女
疾病名	
必要とする 日常生活用具	
主要な症状等	
上記用具を 必要とする 身体状況等	
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可能であると判断できるか。) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
備考	
上記のとおり日常生活において用具が必要である。 <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">医療機関名</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">医療機関所在地</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医 師 印 </div>	