

様式第2号（第4条関係）

難病患者等日常生活用具給付に関する診断書・意見書

患者氏名	生年月日 年 月 日 生 男・女
患者住所	
1. 診断名（障害の直接の原因となっている疾病名については①に記入）及び発症年月日	
① _____ 発症年月日（昭和・平成 年 月 日頃）	
② _____ 発症年月日（昭和・平成 年 月 日頃）	
2. 在宅で療養が可能な症状に安定しているか否か <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
3. 治療等の内容 (投薬含む)	
4. 日常必要とする医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引処置 <input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） <input type="checkbox"/> その他（ ）
5. 日常生活用具を必要とする身体の状況等	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能障害又は筋力低下（痛み・しびれ等含む） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 〃 部位（<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹機能 <input type="checkbox"/> 下肢） ・排泄の介助 <input type="checkbox"/> 必要（<input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助） <input type="checkbox"/> 不要 ・入浴介助 <input type="checkbox"/> 必要（<input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助） <input type="checkbox"/> 不要 ・その他参考となる症状
6. 必要な用具	
年 月 日	
医療機関名 医療機関所在地 担当医名	