

日常生活用具医師診断書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	湖西市		
疾患名	(発症 年 月 日)		
障害名	(再判定 年 月 日)		
必要とする 日常生活用具			
現 症	(必要であると診断した場合に☑してください。) <input type="checkbox"/> 日常生活において上記用具が必要である		
	(日常生活用具を必要とする身体状況、総合的能力、機能の喪失、回復の見込み等)		
	(日常の状態について☑してください。) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時介護 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 移動等介助 <input type="checkbox"/> 排せつ介助 <input type="checkbox"/> 排せつ物処理困難 <input type="checkbox"/> 排せつの意思表示困難 <input type="checkbox"/> 危険感知困難 <input type="checkbox"/> その他()		
	【難病患者に限る。】(当面、在宅での療養が可能であると判断した理由)		
備 考			
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医 師			

※日常生活用具の支給要件については、湖西市ウェブサイトに掲載してありますので、ご確認願います。