

様式第2号(第3条関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付に係る意見書	
氏名	(年 月 日生 男・女)
住所	
疾患名	
症状 (日常生活用具を必要とする身体の状況等)	
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)。	
以上のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 担当医師 氏名 印	