

日常生活用具医学意見書

対象者	氏名	
	現住所	
	生年月日	
障害名 （疾患名）		
現傷病名および現象 （在宅療養の適否）		
日常生活用具の名称		
意見および効果見込		
備考		

上記のとおり日常生活用具を必要と認めます。

年 月 日

医療機関名称

医療機関所在地

医師名