（参考様式：紫外線カットクリーム、ストーマ装具（消化器系・尿路系）、人工鼻）

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 患者住所 |  | | |
| 疾病名 |  | | |

１　症状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）

２　在宅での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）

３　用具と必要とする期間

　　　令和　　年　　月　　日　から　　□　令和　　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　期間未定

以上のとおり、診断します。

令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 担当医師氏名 |  |