

様式第7号(第5条関係)

(表)

日常生活用具給付意見書 (難病患者等)			
患者氏名		生年月日	性別
		年 月 日生	男・女
患者住所	紀の川市		
疾患名	<small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>		
必要とする用具の種目			
症状等 (日常生活用具を必要とする身体の状態等)			
在宅で療養が可能な程度に病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。)			
状態 (該当の状態を○で囲んでください。)			
区 分	状 態		
排便動作	1 常時介護を要する	2 一部介助を要する	3 介助を要しない
寝たきり度	1 寝たきりの状態にある	2 一時的に寝たきりの状態にある	3 寝たきりの状態にない
排尿動作	1 自力で排尿できない	2 一時的に自力で排尿できない	3 自力で排尿できる
入浴介護の必要度	1 入浴に介護を要する	2 一部入浴に介助を要する	3 入浴に介助を要しない
上肢機能の不自由度	1 上肢機能が不自由である	2 一時的に上肢機能が不自由である	3 上肢機能が不自由でない
下肢又は体幹機能の不自由度	1 下肢又は体幹機能が不自由である	2 一時的に下肢又は体幹機能が不自由である	3 下肢又は体幹機能が不自由ではない
視覚機能	1 視覚機能喪失又は著しく低下している	2 一時的に視覚機能喪失又は著しく低下している	3 視覚機能は低下していない
言語機能	1 言語機能喪失又は著しく低下している	2 一時的に言語機能喪失又は著しく低下している	3 言語機能は低下していない
呼吸器機能	1 呼吸器機能に障害がある	2 一時的に呼吸器機能に障害がある	3 呼吸器機能に障害がない
以上のとおり診断します。 年 月 日			
医療機関名 医療機関所在地 担当医師 氏名 連絡先 TEL ( )			

(裏)

医師の皆様へ

紀の川市では、障害者等の日常及び療養生活を支援するため「紀の川市日常生活用具給付事業」を実施しています。この事業において用具の給付を受けていただくために、医師の意見書が必要な場合があります。

つきましては、本事業の趣旨をご理解の上、指定の意見書にご記入くださいますようお願いいたします。

意見書には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾患に関する現在の主要症状及び当該疾患に係る現状及び病状から必要と認められる用具がある場合、用具の名称を記載してください。