

様式第2号（第5関係）

小児慢性特定疾病児童日常生活用具購入費助成意見書

対象児氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 男・女

対象児住所 \_\_\_\_\_

疾病名 \_\_\_\_\_

- 1 症状（日常生活用具を必要とする身体の状態等）
  
- 2 在宅療養の可否及び所見  
（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）
  
- 3 日常生活用具助成後の予測される状況

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師 氏名

㊞