

日常生活用具給付にかかる意見書

対象者氏名

障害名

日常生活動作の状況

歩行

1 自立 2 杖使用 3 つたい歩き 4 歩けない

行動範囲

1 単独外出 2 家の回り 3 屋内のみ 4 床の上

床上動作

1 正座 2 腰掛け 3 座位介助 4 寝返り(可・不可)

意見(用具名と給付の必要性、効果等を記入して下さい。)

所属機関名

診断医師名

印