様式第7号（第3条関係）

日常生活用具交付意見書

　　　　年　　月　　日

医療機関名

医師氏名

次のとおり診断します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日常生活用具の交付を要する者 | 氏名 | （　　　　年　　月　　日生） |
| 住所 |  |
| 病名 |  |
| 障害の部位及びその状況 |  |
| 日常生活用具交付の要否 | 要・否 | 日常生活用具の名称 |  |
| 処方 |  |