様式第2号（第5条関係）

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付診断書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 年 月　日 |
| 住所 |  | | | | |
| 疾病名 |  | | | | | |
| 症状 | 用具を必要とする身体の状況等 | | | | | |
| 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか | | | | | |
| 以上のとおり診断します。  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  医療機関名称  担当医師氏名 | | | | | | |

　　（注）「在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。」の欄は、頭部保護帽又はストーマ

装具の給付を受けようとする場合は、記入不要です。