

診 断 書

氏 名	年 月 日生（ 歳）		
住 所			
疾病名	障害者総合支援法施行 令の対象疾病名を記入		発病時期 年 月
症 状	（日常生活用具を必要とする身体状況等）		
種 目 （該 当 番 号に○を 記入）	1 特殊寝台 6 入浴補助用具 11 ネブライザー 2 特殊マット 7 便器 12 電気式たん吸引器 3 特殊尿器 8 移動・移乗支援用具 13 パルスオキシメーター 4 体位変換器 9 特殊便器 14 人工呼吸器用外部バッテリー 5 移動用リフト 10 自動消火器 15 居宅生活動作補助用具		

上記の患者は、在宅で療養が可能な程度に症状が安定しており、「日常生活用具の給付」を
（ 可 ・ 不可 ）とします。病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師名

担当医師連絡先 TEL（ ） ー