日常生活用具医学意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | 年　　月　　日生 |
| 住　所 |  |
| しょうがい名 |  | 手帳交付：　　　年　　月　　日現等級：　　　　　　　　　級 |
| 原傷病名及び現症： |
| 日常生活用具の名称： |
| 意見及び効果見込み： |
| 備　考： |

　上記のとおり必要と認めます。

　　　　　年　　月　　日

　　長浜市福祉事務所長　　　様

　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印