

第2号様式 (第5関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付診断書

患者氏名	(男・女)	年 月 日生 ( 歳)
患者住所		
疾患名		
症 状	日常生活用具を必要とする身体の様況等	
	在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。(当面在宅での療養が可能であると判断できるか。)	
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師氏名</p>		