

意見書
(難病対象者用)

患者氏名 (生年月日、性別)

(年 月 日生 男・女)

患者住所

疾患名 (難病対象疾病名)

希望する日常生活用具名

症 状 (日常生活用具を必要とする身体の状態等)

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏 名

印