

## 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況等）

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