

居宅生活動作補助用具（住宅改修）意見書

患者氏名

患者生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

患者性別 男・女

患者住所

疾患名

症状（住宅改修を必要とする理由及び身体状況等）

住宅改修の使用効果について

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印