

日常生活用具支給意見書

|   |   |
|---|---|
| 氏名  | 年 月 日生 ( 歳 )  |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名<br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 20px auto;">                     小児慢性の疾病名                 </div>   |   |
| 障害・疾患等の状況（下記用具を必要と認める理由が明確となるよう記載）<br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 80%;"> <p>★以下の内容が審査上の要件です。</p> <p><u>難病を起因とし、「紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある」</u></p> <p>という状態が明確にわかるよう、記載をお願いします。</p> </div> |   |
| 必要と認める用具  | 用具の種目、名称<br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     紫外線カットクリーム                 </div>                                    |
|   | 処方<br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; position: relative;"> <span style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); font-size: 4em;">X</span> </div> |
|   | 使用効果見込み<br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 80%;">                     上記用具を利用することによる効果見込みの内容を記載してください。                 </div>                      |
| 上記のとおり意見する<br>年 月 日<br>病院又は診療所名<br>所在地<br>診療担当科名<br>作成医師氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>  |   |