

## 意見書

---

年 月 日生 男・女

患者氏名

患者住所

疾患名

症状（住宅改修を必要とする身体状況等）

在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。  
（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）

※必要に応じて□にチェックをしてください。

### 紙おむつ

- 排便排尿の意思表示やトイレでの定期排便が困難である。
- 6か月以上寝たきりの状態である。

### 吸入器・吸引器（患者が学齡児未滿の場合）

- 吸入器・吸引器を使用するに当たっては、保護者が適切な取扱方法を理解している。

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