

担当医診断書

被保険者名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所			性 別 男 ・ 女
診断結果及び病名			
上記診断結果に伴い、 該当する番号を囲む	<ol style="list-style-type: none"> 1 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化) 3 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避) 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師氏名 ・ 医療機関名 ・ 医療機関所在地 	<p>_____ ㊞</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		