

(様式第51号)

【難病等用】障害福祉サービス利用に関する医師意見書

氏名	男	生年	M・T・S・H
	女	月日	年 月 日 (歳)
障害名および原因となった疾病等名 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当(□する・□しない)			
1 現在の症状 常時介護(要・不要) 寝たきりの状態(有・無) 自力で排尿(可・不可) 自力で排便(可・不可) 上肢の不自由(有・無) 下肢の不自由(有・無) 体幹の不自由(有・無) 呼吸機能障害(有・無) 人工呼吸器の装着(要・不要)			
2 「1」又は「1」以外の具体的な症状内容 (※難病患者等の障害・疾患等の状況を含め記載すること。特に、身体症状等の変動状況や日内変動等についてはできるだけ具体的に記載すること。)			
必要な障害福祉サービスの名称			
障害福祉サービスを利用することによる効果見込み			

年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師名

印