

日常生活用具給付にかかる意見書	
対象者氏名	
障害名	
日常生活動作の状況	
歩行	1 自立 2 杖使用 3 つたい歩き 4 歩けない
行動範囲	1 単独外出 2 家の回り 3 屋内のみ 4 床の上
床上動作	1 正座 2 腰掛け 3 座位介助 4 寝返り（可・不可）
意見（用具名と給付の必要性、効果等を記入して下さい。）	
年 月 日	
所属機関名	
診断医師名	印