日常生活用具給付に関する意見書

<table>
<tr><td>1　氏　　名</td><td colspan="2">性別</td></tr>
<tr><td>2　生 年 月 日</td><td colspan="2">大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>3　住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>4　診断名（障害名）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">5 必要とする日常生活用具
（該当する品目に〇）</td><td></td><td>電気式たん吸引器</td></tr>
<tr><td></td><td>吸入器（ネブライザー）</td></tr>
<tr><td></td><td>動脈血中酸素飽和度測定器（パルオキシメーター）</td></tr>
<tr><td></td><td>エアーマット</td></tr>
<tr><td></td><td>盲人用血圧計</td></tr>
<tr><td></td><td>その他（　　）</td></tr>
<tr><td>6 障害の状況及び当該日常生活用具が必要な理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>7 当該用具を利用することによって期待できる効果</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記の日常生活用具の必要性が認められます。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所 在 地

診 療 科

医 師 名　　印