

日常生活用具給付に関する意見書

1 氏 名	(男 ・ 女)		
2 生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月 日
3 住 所			
4 診 断 名			
5 必要とする日常生活用具 (該当する品目に○) ※イヤモールドについては、左・右・両耳に○		電気式たん吸引器	
		吸入器 (ネブライザー)	
		動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)	
		エアーマット	
		イヤモールド (人工内耳装用者) ※ 左 ・ 右 ・ 両耳	
		視覚障害者用血圧計	
		視覚障害者用拡大読書器 (網膜投影型)	
		移動・移乗支援用具 (搬送器具)	
6 障害の状況及び当該日常生活用具が必要な理由			
7 当該用具を利用することによって期待できる効果			
<div>医療機関名</div> <div>所在地</div> <div>診療担当科 科 医師氏名</div>			