

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 | | |
| | 視覚障害者用血压計 | | |
| | 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 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 診療担当科 | 科 | 医師氏名 | |