

日常生活用具給付 医師意見書

氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
住所	香取市			
品名	<input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 動脈血中酸素飽和度測定器 ※該当にチェックをして下さい			
現症	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 難病()※該当にチェックをして下さい			
<p>参考となる経過・所見・使用効果見込み</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>※治療の経過や現症など対象者の状態について詳しく記入してください。 (気管切開の有無・在宅酸素や人工呼吸器の有無・活動能力の程度・吸入または吸引の必要頻度・実施者など)</p> </div>				
備考	<p>※たん吸引器・ネブライザーの交付要件は呼吸器機能障害 3 級以上と同程度の現症で必要と認められる方が対象です。呼吸器機能障害 3 級以上と同程度である旨を記入してください。</p>			
<p>上記により、給付が必要と認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名称・所在地</p> <p style="text-align: center;">担当科名</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>				