

## 日常生活用具給付 医師意見書（蓄電池等）

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住所	香取市		
品名	<input type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池) <input type="checkbox"/> DC/AC インバーター(カーインバーター) <input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input type="checkbox"/> 足踏式・手動式たん吸引器 ※該当にチェックをして下さい。		
使用している 医療機器・治療法	<input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 ※該当にチェックをして下さい		
該当障害	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 難病（疾病名： ） ※該当にチェックをして下さい		
参考となる経過・所見・使用効果見込み			
治療経過			
現 症			
必要頻度 実施者等			
所見・使用 効果見込み			
備 考	呼吸器機能障害3級以上の身体障害者手帳を所持していない場合は、同程度の障害で必要と認められている方が給付対象です。 「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。 [ ]		
上記により、給付が必要と認めます。 <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 <span style="float: right;">印</span></p>			