日常生活用具給付　医師意見書（ネブライザー等）

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	□ネブライザー　□電子式たん吸引器　□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。		
該当障害	□呼吸器機能障害　□嚥下障害　□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

気管切開…（ 有 ・ 無 ） 在宅酸素…（ 有 ・ 無 ） 人口呼吸器…（ 有 ・ 無 ）
※該当に〇をして下さい

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。

（　　）

その他

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る方は、該当にチェックして下さい。

上記品目の必要性　□永久的であると見込まれる　□今後軽快が見込まれる　□現時点では不明

※永久的である場合、次回以降の意見書を省略できることがあります。

上記により、給付が必要と認めます。

年　　月　　日

医療機関の
名称・所在地

担当科名

医師名　　印