

## 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○)	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
	視覚障害者用血圧計
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 style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科 科 医師氏名</p>	