

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