

日常生活用具意見書(呼吸器系)

ふりがな		生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()歳
氏名				
住所	白杵市大字 白杵市大字野津町			
生活の場所	在宅 ・ 入院中(施設名 / 年 月 日に退院見込)			
身体障害者 手帳所持者	手帳 等級	種 級 大分県第 号	手帳の障害名(身体障害者手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください)	
難病患者等	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に 支援するための法律施行令に規定する疾患名		要介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
有・無	<small>有の場合疾患名を</small>		有・無	期間:(年 月 日 ~)
必要な日常生活用具の名称(該当するものに☑) ※その他の場合は用具名を記入 <input type="checkbox"/> ネブライザー(吸入器) <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> その他 () 【行っている療法を記入してください】				
上記、日常生活用具が必要な理由および使用効果 <input type="checkbox"/> <u>上記のとおり呼吸機能障害3級程度の身体障害者(児)であると認められ必要と判断する。</u>				
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 科 医師氏名 (署名又は記名押印)				

※専門科の医師が意見書を作成してください。
 ※意見書の有効期限は作成日から3カ月です。
 ※意見書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。