

日常生活用具給付意見書

氏名	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
住所		
障害名及び原因となった疾病・外傷名		
障害の状況（下記日常生活用具を必要と認める理由が明確となるように記載して下さい）		
必 要 と 生 活 認 め る 日 常 生 活 用 具	区 分	品 目
	在宅療養等支援用具	☐ ネブライザー（吸入器） ☐ 電気式たん吸引器 ☐ 酸素ボンベ運搬車 ☐ パルスオキシメーター
	排せつ管理支援用具	☐ 紙おむつ等 ☐ 収尿器
	その他	
処方		
使用効果見込		
上記の通り意見する。 年 月 日 病院または診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 印		