

日常生活用具交付要否意見書（動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター））

[illegible]

※呼吸機能障害 3 級以上と同程度の身体障害者であって、日常生活用具（動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター））が必要である理由を記入してください。