

日常生活用具交付可否意見書（電気式たん吸引器、ネブライザー）

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名及び 機能障害名	※障害原因と機能障害名を記入すること。				
障 害 現 症	※吸引器等を必要とする理由 上記理由により，呼吸器機能障害３級以上と同程度の身体障害者と（認める・認めない）				
そ の 他					
上記のとおり診断します。 年 月 日 病院または診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 科 医 師 氏 名 印					

※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（ネブライザー、電気式たん吸引器）が必要である理由を記入してください。