

日常生活用具支給意見書

氏 名		年 月 日 生（ 歳 ）	
障害名及び原因となった疾病・外傷名 難病の病名			
障害・疾患等の状況（下記用具を必要と認める理由が明確となるよう記載） ★下記の内容が審査上の要件です。 <u>難病が起因となり、</u> ①<u>呼吸器機能障害があること</u> ②<u>ネブライザー（吸入器）が必要と認める理由</u> が明確にわかるよう、記載をお願いいたします。			
必要と認める用具	用具の種目、名称		
	「ネブライザー（吸入器）」		
処方			
使用効果見込み			
「ネブライザー（吸入器）」を使用することによる効果見込みの内容を記載してください。			
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名			