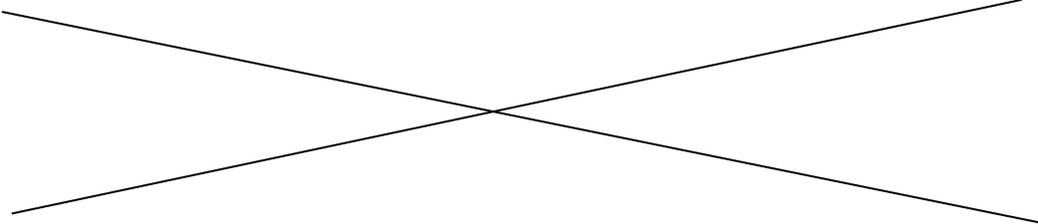


日常生活用具支給意見書

氏名	年 月 日生(歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名 呼吸器機能障害3級以上と同程度の原因となる 障害名及び病名等	
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。 上記障害名・病名等が起因となり、 ①呼吸器機能障害3級以上と同程度である状態であること ②電気式たん吸引器が必要と認める理由 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 「電気式たん吸引器」
	処方 
	使用効果見込み 「電気式たん吸引器」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	