ネブライザー（吸入器）・電気式たん吸引器　交付意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 傷病名 |  | | 障害手帳 |  | | |
| 上記の者は、頭書の傷病により、呼吸器機能障害３級以上と同程度であり、在宅においてネブライザー（吸入器）・電気式たん吸引器が必要であることを証明する。      　　　　　　　　年　　　　月　　　　日    　　　　　　医療機関名    　　　　　　所在地    　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　呼吸器機能障害３級以上と同程度と認められる理由及び現状の症状            (注)　証明書は、当該申請者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。 | | | | | | |