

日常生活用具（吸入器）給付処方意見書

身体障害者	住 所	阿賀野市		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日（ 歳）
	身体障害者手帳等級	障害（ 級）		

○障害名及び原因となった疾病・外傷名

○障害の状況（吸入器を必要と認める理由が明確となるよう記載する）

○呼吸器機能障害の状況

呼吸器機能が身体障害者手帳（呼吸器機能障害）3級以上、 もしくはそれと同程度と	認められる
	認められない

※該当する箇所をマルで囲んでください。

○その他参考事項

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

⑩