

ネブライザー・人工咽頭交付意見書

(ふりがな) 氏 名		男 女	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
住 所			
原傷病名			
障害名			
現 症	(疾患の有無及び障害の状況等)		
処 方			
ネブライザーの使用経験： (有 / 無) 使用経験有の場合の支給体系： (総合支援法 保険 年金 その他)			
人工咽頭の使用経験： (有：笛式・電動式 / 無) 使用経験有の場合の支給体系： (総合支援法 保険 年金 その他)			
使用についての意見			
上記のとおり診断する 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 診 療 担 当 科 名 医師名 印			