非常用発電装置等にかかる医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 新居浜市 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 疾病名及び　　障害名 | 疾病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  身体障害者手帳（　　　　　　　　　　）　　種　　級 |
| 必 要 頻 度 | □　日常的に電気式の医療機器を使用している |
| 使用する  医療機器 | □人工呼吸器  □酸素濃縮器  □電動式たん吸引機  □電動式吸入器（ネブライザー）  □その他（機器名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医学的所見からの本人の身体状況  （電気式の医療機器を常時必要とする理由及び身体の状況等） | |
| 年　　　月　　　日  病院名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

　　　※この意見書は、新居浜市日常生活用具給付事業において、非常用発電装置等の給付対象になるかの判断に使用するものです。