

医師意見書（非常用電源用）

氏 名			
生年月日	年	月	日（ 歳）
性別	男 ・ 女		
住 所			
障害名及び原因となつた疾病・外傷名	【障害名】  【疾病・外傷名】		
使用する医療機器（該当する欄に☑をお願いします。）	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 電動式吸入器（ネブライザー） <input type="checkbox"/> 電動式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） <input type="checkbox"/> その他（機器名： ）		
使用頻度（該当する欄に☑をお願いします。）	<input type="checkbox"/> 1日あたり	時間～	時間程度（人工呼吸器）
	<input type="checkbox"/> 1日あたり	回～	回程度（人工呼吸器以外）
生活の場所（該当する欄に☑をお願いします。）	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）		
上記の医療機器を必要とする理由・意見など			
上記の者が「東温市日常生活用具支給事業」における非常用電源の給付を申請するにあたり、在宅にて日常的に上記の電気式医療機器を使用していることについて証明・意見いたします。			
年 月 日			
病院名			
医師氏名			