

別記第11号様式(第17条関係)

その3

日常生活用具給付意見書(パルスオキシメーター・粘着式測定センサー)

| | | | | | |
|---|--|----|--|------|--|
| 氏名 | | 年齢 | | 市町村名 | |
| 原傷病名及び障がい | | | | | |
| パルスオキシメーター・粘着式測定センサーの必要性及び障がいの程度 | | | | | |
| (必要性) | | | | | |
| (障がいの程度) | | | | | |
| 呼吸器機能障がいがある者と同程度と 認める・認めない 心臓機能障がいがある者と同程度と 認める・認めない | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | |
| 医師名 | | | | | |
| 印 | | | | | |