

意見書(日常生活用具 パルスオキシメーター用)

対象者氏名		生年月日	
対象者住所	〒		

給付用具	パルスオキシメーター
------	------------

対 象 者 に つ い て	疾病名	
	身体状況について	(できるだけ詳しくご記入ください。)

身体手帳等級相当の判断について	上記のとおり診断し、身体障害者手帳呼吸器もしくは心臓機能障害3級以上、またはそれと同程度と (認められる ・ 認められない)
-----------------	---

年 月 日

医療機関名

担当医師

印