

日常生活用具医学意見書

身体障害者	氏名		年	月	日生
	現住所				
障害名			手帳交付: 現等級:	年	月 日級
原傷病名及び現症:					
気管切開（有・無）、喉頭摘出（有・無）、筋力低下（著・有・無） 自立度（一部自立・準寝たきり・寝たきり）、喀痰（不可・困難・自立） 移動（全介助・一部介助・自立）、自立呼吸（不可・困難・自立） 食事（経管栄養・流動食・普通食）、吸引頻度（常時・随時・不要） 生活（入院中・施設入所中・在宅・その他【 】）					
日常生活用具の名称:					
意見及び効果見込み:					
備考:					

上記のとおり必要と認めます。

年 月 日

大 津 市 長 様

医療機関名 _____

醫師名 印