

日常生活用具医学意見書（人工呼吸器非常用電源用）

身体障害者	氏 名		年 月 日生
	現住所		
障 害 名			手帳交付： 年 月 日 現 等 級： 級
原傷病名及び現症：			
人工呼吸器の必要性（常時装着が必要である場合、下記チェックボックスに✓をご記入ください。） ☐ 常時装着が必要			
備 考：			

上記のとおり常時人工呼吸器の装着が必要と認めます。

年 月 日

大 津 市 長 様

医療機関名 _____

医 師 名 _____