|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ネブライザー  電気式たん吸引器 | | | | | に関する意見書 |
| 申請者 | 住所　雲仙市　　　　　　　町　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| １．現傷病名 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ２．現症 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ３．必要と認められる | | | | ネブライザー  電気式たん吸引器 | | | の名称 | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ４．処方 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ５．その他 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり | | ネブライザー  電気式たん吸引器 | | | | の必要を認める。 | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 病院（診療所）名 | | | | |  |
| 科　医師氏名 | | | | |  |
|  | | | | |  |