|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
|  |  |