**医　師　意　見　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日記入

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

住　所：

ＴＥＬ：

病名

**症状・治療内容及び身体状況**

**吸引器・ネブライザーが必要な理由（出来るだけ詳細に）**※手帳の障がい内容との関連

**その他（特記事項）**

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印