

人工呼吸器の使用状況に関する証明・意見書

相模原市長 あて

下記の患者が「相模原市人工呼吸器使用者非常用電源給付」における、給付費を申請するのにあたり、在宅にて次の通り人工呼吸器を使用していることについて、証明・意見いたします。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

電話

— —

診療担当科名

科

医師氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※自署の場合は押印不要です。

患者氏名	
生年月日	年 月 日
疾病名	
医療機器の使用状況 該当する欄に ☑印をつける	<input type="checkbox"/> 常時人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 睡眠時継続して人工呼吸器を使用している
備考	