

# 人工呼吸器装着証明書

フリガナ		性別	生 年 月 日
対象者氏名		男・女	年 月 日
人工呼吸器の使用について			
人工呼吸器装着の有無	1. あり ( 年 月から) 2. なし		
在宅での施行	1. あり 2. なし		
備考			
上記のとおり証明します。			
医療機関名	記載年月日	年 月 日	
医療機関住所	診療科		
	医師名		印