

# 意見書

\_\_\_\_\_ は、呼吸器機能障害等により、呼吸管理上、  
パルスオキシメーターを必要と認める。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

診療担当科名 \_\_\_\_\_科

医師氏名 \_\_\_\_\_