

日常生活用具(たん吸引器・ネブライザー)給付医師意見書

養父市長 様

申請する者	氏名	男・女	生年月日	年	月	日	
	住所						
給付が必要な用具	<input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器		<input type="checkbox"/> ネブライザー				
上記用具が必要となる原因傷病名			発症年月日	年	月	日	
現 症							
	【気管切開の有無】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	【酸素吸入の有無】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	【摂食状況】	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> 経管栄養		
	【吸痰の必要頻度】	たん吸引器	(回/	時間・日)	程度	
【吸入の必要頻度】	ネブライザー	(回/	時間・日)	程度		
意見 (使用効果見込)							
機種名 ()							
上記により、給付が必要と思われます。							
平成 年 月 日							
医療機関の所在・名称							
医師名							
印							

※呼吸器機能障害で3級以上(単独等級)の手帳を保持されている方は不要です。