

日常生活用具（たん吸引器・ネブライザー）給付医師意見書

豊岡市長様

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 <input type="checkbox"/> 吸入器付吸引器											
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 ※吸入器付吸引器を必要とする場合は、両方とも記入してください。											
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。 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。