

障害者（児）・小児慢性特定疾病児 日常生活用具給付医師意見書
 （ネブライザー・電器式たん吸引器）

年 月 日

糸満市福祉事務所長 殿

所在地：

医療機関名：

医師名：

印

申請する者	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
障がい名		手帳等級
障害の原因となった傷病名		発症年月日
給付が必要な用具	<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 電器式たん吸引器	
上記用具が必要となる傷病名		発症年月日
医学的な判定状況	【気道切開の有無】 <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（ 分） ※酸素吸入から離脱できない場合の値	
	【活動能力程度】 <input type="checkbox"/> 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。 <input type="checkbox"/> 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。 <input type="checkbox"/> 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 <input type="checkbox"/> ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 <input type="checkbox"/> 息苦しくて身の回りのこともできない。 <input type="checkbox"/> 寝たきりで、ほとんど動くことができない。	
	【摂食状況】 <input type="checkbox"/> 通常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	①【吸入の必要頻度】ネブライザー（ 回／ 時間・日 ）程度 ②【吸痰の必要頻度】たん吸引器（ 回／ 時間・日 ）程度 ※吸入器付吸引器を必要とする場合は①②両方とも記入してください。	
意見 (使用効果見込)		