

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：

醫師名：

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	☐ ネブライザー ☐ 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】 ☐ なし ☐ あり				
	【酸素吸入の有無】 ☐ なし ☐ 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】 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 ☐ 息苦しくて身の回りのこともできない。 ☐ 寝たきりで、ほとんど動くことができない。				
	【摂食状況】 ☐ 通常食 ☐ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ 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）					