

日常生活用具給付意見書
(ネブライザー・電気式たん吸引器用)

関市社会福祉事務所長 あて

申請する者	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
給付が必要 な用具名	☐ ネブライザー（吸入器） ☐ 電気式たん吸引器	
上記用具が必要 となる原因 傷 病 名		発症年月日 年 月 日
原因傷病 の 状 況	(給付の必要な用具を必要と認める理由が明確となるよう記載してください。)	
医 学 的 な 判 定 状 況	【気管切開の有無】 ☐ なし ☐ あり 【酸素吸入の有無】 ☐ なし ☐ あり（ ｌ／分） ※↑酸素吸入から離脱できない場合の値 【予測肺活量1秒率】 % ☐ 測定不可（理由： ） 【動脈血O ₂ 分圧】 . Torr ☐ 測定不可（理由： ） 【活動能力の程度】 ☐ 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】 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ 経管栄養	
	【吸入の必要頻度】 ネブライザー （ 回／ 時間・日 ） 程度 【吸痰の必要頻度】 たん吸引機 （ 回／ 時間・日 ） 程度 ※吸入器付吸引器を必要とする場合は上記両方とも記入してください。	
意 見 (使用効果見込)		

上記のとおり意見する

年 月 日

病院又は診療所名

所 在 地

診 療 担 当 科 名

作 成 医 師 氏 名

㊞