

意見書（吸入器・吸引器申請用）

対象者氏名 那覇 花子 生年月日 昭和〇〇 年 〇 月 〇 日生住所 那覇市泉崎〇-〇-〇

上記の対象者について以下の通り診断いたします。

診断名 慢性気管支炎、嚥下困難

医師所見

※病状の経過及び対象者にとって吸入器または吸引器が必要な状況かどうか
両用器が必要な場合は、吸入・吸引機能が必要な理由をそれぞれについて、
出来るだけ詳しくご記入下さい。

上述の理由により、

- ☐ ネブライザー（吸入器）が必要。
☐ 電気式たん吸引器が必要。
☐ ネブライザー(吸入器)と電気式たん吸引器のそれぞれが必要。
☐ 両用器が必要（両用器は吸入器と吸引器の両方を兼ね備えた物）。

※支給要件は裏面をご確認下さい。

対象者の身体状況 以下の項目に該当することを確認のうえ、○で囲んで下さい。

- 1 自己排痰が (困難である ・ 困難でない)
2 使用回数 5～6 回 / 1 日
3 どちらで加療中か（場所） (在宅である ・ 在宅でない)
4 3番で「在宅でない」を選択し退院又は退所予定の方（予定日 年 月 日）
5 現在の症状及び状況は (一過性でない ・ 一過性である)
6 痰の硬さは（吸入器申請時のみ） (粘性である ・ 粘性でない)

記載年月日： 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX

診断書記載医師名

印