

様式第2号（第4条関係）

ネブライザー（吸入器）・電気式たん吸引器・吸引・吸入両用器 給付意見書

氏名	生年月日	年	月	日（歳）
住所			性別	男・女
I. 障害名・原病（外傷）名 （障害手帳と同一とする）				
II. その他の病名				
III. 必要な日常生活用具（※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。）  <input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入器） <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入両用器				
IV. 使用の目的・必要性の有無・使用の適否（該当する項目に記入してください。） 1. 毎日、日に数回（約 回）の電気式たん吸引器によるたん吸引が必要であると ・認められる      ・認められない 2. 上記Iの障害によるたんの喀出ができない状態が永続すると ・認められる      ・認められない 3. 毎日、日に数回（約 回）のネブライザー（吸入器）による吸入が必要であると ・認められる      ・認められない 4. その他所見				
V. 呼吸器機能障害（参考事項・該当する場合記入してください。） 1. 上記Iの障害を起因とする呼吸器機能障害が永続すると ・認められる      ・認められない				
VI. 咀嚼機能障害（参考事項・該当する場合記入してください。） 1. 上記Iの障害を起因とする経管栄養による、栄養補給の継続が必要であると ・認められる      ・認められない				
VII. 嚥下機能障害（参考事項・該当する場合記入すること） 1. 上記Iの障害を起因とする嚥下機能障害が継続すると ・認められる      ・認められない 2. その他所見				
削除				
<p>以上のとおり意見します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				