

ネブライザー・電気式たん吸引器給付意見書

住 所			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生		
障害の状況	<input type="checkbox"/> ① 全身性麻痺、寝たきりなどの肢体不自由 <input type="checkbox"/> ② 音声・言語機能障害 <input type="checkbox"/> ③ そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> ④ 療育手帳で最重度の判定を受けている重度身体障害者（児）		
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 （障害の状況で④に該当する場合は記入不要。）		
疾病の状況	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患（慢性呼吸器不全、喘息、慢性気管支炎など）があり排たん困難 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィーや寝たきり等で呼吸筋が低下 <input type="checkbox"/> 気管支切開を行った <input type="checkbox"/> 嚥下が困難		
必要と認める用具	<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器		
使用目的及び効果見込み			
その他特記事項			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			