

嘉手納町日常生活用具給付意見書（呼吸機能障害用）

氏名		生年 月日	年 月 日生
住所			
必要な 用具名 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> ネブライザー・吸引両用器 <input type="checkbox"/> 発電機(インバーター式) <input type="checkbox"/> ポータブル蓄電池 <input type="checkbox"/> カーインバーター		
<p>当該対象者については、下記により上記の用具が必要であると診断する。</p> <p>①現に有する障害について（□にレ点を、等級または障害名を記入ください）</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸器機能障害（ 級 ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の障害（ 障害名： ）</p> <p>②上記障害の現状と必要な医療的ケアの内容、今回申請する用具の必要性について詳しくご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; margin: 20px auto; height: 150px;"></div>			
<p>在宅で療養が可能な程度に症状が安定していますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>			
<p>上記のとおり、日常生活用具の給付について意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 医師名 印</p>			

※医師名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

※対象者が在宅で医療的ケアを必要とし、現に有している障害を要因として用具が必要と認められる場合のみ制度の対象となります。障害と用具が必要な理由との間に関連がない場合は制度の対象となりませんのでご注意ください。