

日常生活用具給付意見書

(吸入器・電気式たん吸引器・パルスオキシメーター用)

氏 名

生年月日

年 月 日(歲)

住所

給付希望用具名称

上記用具が必要となる原因傷病名

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

【人工呼吸器使用の有無】 ☐ なし ☐ あり（ 常時 ・ 夜間のみ ・ その他 ）
（ ／日）程度 ←

【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。

【摂食状況】 ☐ 通常食 ☐ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ 経管栄養

【吸入の必要頻度】 吸入器（ 回／ 時間 ・ 日）程度

【吸痰の必要頻度】 たん吸引器（ 回／ 時間 ・ 日）程度

【症状】 ☐ 一過性のものである ☐ 一過性のものではない

意見

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