

(吸入器・電気式/足踏み式/手動式たん吸引器・パルスオキシメーター用)

氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
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			