

日常生活用具意見書(松山市)

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 (年 月 日 歳)
住所				
疾患名	(発症年月日:明・大・昭・平 年 月 日頃)			
身体障害者手帳	手帳番号 (愛媛県・松山市) 第 号	手帳内容		種 級

①導入予定の日常生活用具の必要性

- 1、痰吸引の必要性
 ある なし
- 2、呼吸困難の状態が年に何回あるか
 ある(年に____回程度) なし
- 3、窒息の危険性の有無
 ある なし
- 4、体位ドレナージや呼吸器リハビリの必要性
 ある なし
- 5、呼吸器疾患の有無
 ある なし
- 6、痰の分泌量・粘度(通常時)
 分泌量多い 分泌量少ない
- 7、嚥下能力
 極めて困難(困難となった原因:) 正常
- 8、誤嚥の危険性
 ある なし
- 9、痰の排出能力
 極めて困難(困難となった原因:) 正常

②医学的所見からの本人の身体状況

※現在の障害状況、呼吸器疾患の有無、上気道・下気道・肺実質の状態、痰の分泌量・粘度、痰の喀出能力、嚥下能力の程度、誤嚥の有無、その他正常な呼吸機能や痰の喀出や嚥下を妨げる直接的・間接的な要素(中枢・末梢神経系障害、ゾンデ栄養、気管切開、薬物の副作用等)、医学的治療による症状改善の可能性等について記入して下さい。呼吸機能・嚥下機能等の検査結果がある場合は別途添付して下さい。

(検査結果およびその他資料別途 部添付)

.....

.....

.....

.....

.....

※以上の状況により、日常生活用具 { 電気式たん吸引器
 ネブライザー } が必要である。

作成日	年 月 日	医療機関名 作成者名	