

意見書（ネブライザー（吸入器）、電気式たん吸引器）

下記の①～⑥について記入してください。

年 月 日生 男・女

① 患者氏名

② 患者住所

③ 疾患名

④ 症状（日常生活用具を必要とする身体状況等）
必要に応じて当てはまる□をチェックし、具体的な内容を記入してください。

☐ 呼吸器機能障害3級以上と同程度の症状があり、ネブライザー（吸入器）の使用が必要である
※同程度の場合には症状を具体的に書いてください。

☐ 呼吸器機能障害3級以上と同程度の症状があり、電気式たん吸引器の使用が必要である
※同程度の場合には症状を具体的に書いてください。

⑤ 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。

☐ 当面、在宅での療養が可能であると判断できる

⑥ 患者が学齢児未満の場合の取扱い方法について

☐ 吸入器・吸引器を使用するに当たっては、
保護者が適切な取扱方法を理解している。

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

印