|  |
| --- |
| 　日常生活用具（非常用電源装置）の申請に係る証明・意見書福井市長　あて　下記対象者が、医療的ケアが必要な児（者）であり、かつ、生命・身体機能の維持に必要な医療機器のうち、電源を必要とする医療機器を使用していることについて証明・意見する。令和　　年　　月　　日**病院又は診療所の名称****所在地****診療科**　　　　　　　　　　　科　　　**医師氏名** |
| **対象者氏名** |  | **生年月日** | 　　　年 　　月 　　日  |
| **住　　所** |  |
| **傷 病 名** |  |
| **医療的ケア** |  □ 人工呼吸器の管理　　　　　　□ 中心静脈カテーテルの管理 □ 気管切開の管理　　　　　　　□ 皮下注射 □ 鼻咽頭エアウェイの管理　　　□ 血糖測定 □ 酸素療法　　　　　　　　　　□ 継続的な透析(腹膜透析を含む) □ 吸引(口鼻腔・気管内)　　　　□ 導尿 □ ネブライザーの管理　　　　　□ 排便管理 □ 経管栄養　　　　　　　　　　□ 痙攣時の処置 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **使用する****医療機器** |  □ 人工呼吸器　　　　　　　　　□ ネブライザー □ 酸素濃縮器　　　　　　　　　□ 電気式たん吸引器 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **使用頻度** |  □ １日あたり　　　　時間～　　　時間程度 □ １時間につき　　　　回～　　　　回程度 □ その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **上記内容****に関する****意 見 等** |  |