|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** |  | | |