

障害者（児）日常生活用具医師意見書

患者名		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	立川市 町 - -						

疾患名	(合併症:)
-----	---------

(1) 症状と検査所見 (発症時期: 年 月 日頃)

(2) 治療内容: _____

(3) 在宅療養が可能な程度に状況が安定しているか否か。(該当箇所に○印)

①概ね3箇月程度は病状急変の可能性が少ないと判断 → (できる ・ できない)

②疾病の重症度が在宅療養可能な程度と判断 → (できる ・ できない)

(上記①・②の主な理由・状態) _____

(4) 装着医療機器等 { ネブライザー 吸引器 留置カテーテル 経管栄養

{ 気管カニューレ 酸素療法 その他 ()

(5) ホームヘルパーによる便宜供与に当たっての医学上の留意点、禁忌事項等

医療機関名	令和	年	月	日
所在地				
診療担当科名	科	医師名	印	
電話番号	()	内線		