第４号様式（第６条関係）（１）

診療情報提供書

〔日常生活用具給付事業用〕

日常生活用具給付事業を希望されている下記の方について、用具の給付にあたり、診療情報提供をお願いいたします。

患者名		男・女	生年月日	年　月　日
現住所	杉並区			
疾患名				

１　疾病の重症度が在宅療養可能な程度と判断が　（できる・できない）
在宅療養不可の場合の主な理由

２　装着医療機器等（□にチェック）
□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（　　）

３　日常生活用具給付を必要な理由及び留意事項等について

４　日常生活用具のうち、給付が必要と思われる給付種目

年　月　日

医療機関
所在地
名称　　医師名
印
TEL　（　　）　　内線

＜参照＞　電気式たん吸引器の程度について

中　度：日常的に使用しやすい。口腔、咽頭内吸引に適している。

重　度：嚥下障害が強い場合や痰の喀出が困難な場合に適している。
また気管切開・人工呼吸器使用時、気道内吸引にも使用できる。

最重度：気管切開・人工呼吸器使用時、気道内吸引に適している。