日常生活用具交付要否意見書（人工喉頭）

函館市

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年齢 | 歳 | 市町村名 |  |
| 原傷病名及び  機能障害名 | | 障害原因と機能障害名を記入すること。 | | | | |
| 障 害 現 症 | | ＊電動式を必要とする理由  １．身体的原因があり，笛式の使用が困難  ２．笛式の習得が困難  ３．電動式を使用（練習）済  ４．その他 | | | | |
| 型式 | | １．笛式　　　　　２．電動式 | | | | |
| 付属品 | | 気管カニューレ（笛式の場合）　　　　要　・　不要 | | | | |
| 使用効果 | | 具体的に記入すること。 | | | | |
| 記載年月日　　　　　　年　　月　　日  医療機関名  医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |
| 【記載上の留意事項】  　選択肢がある場合は，該当する項目に○印をつけること。 | | | | | | |