日常生活用具交付要否意見書（人工喉頭）

函館市

<table>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>年齢</td><td>歳</td><td>市町村名</td><td></td></tr>
<tr><td>原傷病名及び
機能障害名</td><td colspan="5">障害原因と機能障害名を記入すること。</td></tr>
<tr><td>障害現症</td><td colspan="5">＊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</td></tr>
<tr><td>型式</td><td colspan="5">１．笛式　　２．電動式</td></tr>
<tr><td>付属品</td><td colspan="5">気管カニューレ（笛式の場合）　　要　・　不要</td></tr>
<tr><td>使用効果</td><td colspan="5">具体的に記入すること。</td></tr>
<tr><td colspan="6">記載年月日　　年　　月　　日
医療機関名
医師名　　印</td></tr>
<tr><td colspan="6">【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。</td></tr>
</table>