様式第２号（第６条関係）

意　　見　　書

（西条市医療的ケア児者非常用電源装置等購入費補助金用）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名及び  生年月日 | （　大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日） |
| 住　　所 |  |
| 医療的ケアの内容 | 該当するものに〇をしてください。  ア　人工呼吸器使用（ＮＰＰＶ療法（非侵襲的陽圧換気療法）､ネーザルハイフロー､肺内パーカッションベンチレーター､排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）  イ　酸素療法（酸素濃縮器）  ウ　たん吸引機又はネブライザー使用  エ　経管栄養（持続経管注入ポンプ使用の場合に限る。）  オ　中心静脈カテーテル(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など）  カ　持続皮下注射ポンプ使用の注射管理  キ　継続する透析（血液透析及び腹膜透析を含む。） |
| 参考となる  経過・現症(在宅で寝たきり状態であるか等) |  |
| 備　　考 |  |

意見書作成年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地

医療機関名

診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞