飛驒市たん吸引器購入助成事業

家庭でのたん吸引の必要性に関する医療者等による意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| たん吸引対象者 | 氏名 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 要介護度 |  |
| 住所　　飛驒市 | | |

上記の方は、在宅療養において、医師の指示により、在宅でのたん吸引が必要な方であり、本人もご家族による吸引を認められているとともに、ご家族へのたん吸引の実施に係る技術の指導も医療者からすでに行われている方です。

　　　　年　　月　　日

（※以下のいずれかの方による署名・捺印により上記のことを証明してください。）

□　退院調整において当該病院でたん吸引指導を行った急性期病院

・病院名

・退院調整部署担当氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　ご家族へのたん吸引指導を実施した訪問看護師

・所属事業所

・訪問看護師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　ご家族のたん吸引の実施を盛り込んだケアプランを作成しているケアマネージャー

・所属の居宅介護支援事業所

・ケアマネージャー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　ご家族へのたん吸引指導を実施した外来病院・診療所等

・医療機関名

・担当看護師等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　ご家族によるたん吸引等を指示した医師

・医療機関名

・医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

□　その他

|  |
| --- |
| 【購入助成金申請者（上記対象者、その世帯の世帯主又はその主たる介護者）の記入欄】  　　上記のとおり相違ありません。  購入助成金申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  生年月日　　　　年　　　月　　　日/たん吸引対象者との関係・続柄（　　　　　　　　　　）  電話番号 |