

健康に関する調査票（吸引器用）

氏名				明・大・昭	年	月	日
住所				介護者名			
病名等							
医療機関名称				主治医 氏名			
申請理由	(詳細に)						
使用の必要性	1. 痰が出るのは。 2. 痰を自力で吐き出せますか。 3. 吸引器を使用したことはありますか。 4. 吸引器の使用を勧められたことがありますか。 [ある]の方は、どなたに勧められましたか。( ) 5. その他 ( )			いつも・ときどき・でない できる・できない ある・ない ある・ない			
治療の状況	通院	週・月に ( ) 回	医療機関名				
		週・月に ( ) 回	医療機関名				
	往診	週・月に ( ) 回	医療機関名				
備考							
調査日	年	月	日	調査方法	( ) から聴取		
作成者	所属			氏名	印		

※ この調査票は、本人の状態を把握し、吸引器の必要性を判断できる医療従事者の方に直接ご記入いただくか、又は当該医療従事者の方から聴取して作成してください。聴取した場合は、「調査方法」欄に当該医療従事者の方を記載してください。