第２号様式（第３条関係）

在宅人工呼吸器等使用証明書

（鹿屋市在宅人工呼吸器等使用者充電カード交付事業用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 交付対象者氏名 |  | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 人工呼吸器等使用の有無 | １　あり（　　　年　月から）　　　２　なし |
| 使用している機器 | １　人工呼吸器  ２　気管切開により日常的に使用する生命維持のための医療機器（人工呼吸器以外）  （機器の名称：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 在宅での施行 | １　あり　　　　　　　　　　２　なし |
| 備　　　　考 |  |
| 上記のとおり証明します。  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　年　月　日  医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　診療科  医師名 | |