

診 断 書 吸 入 器 使 用 承 認 書

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)
住 所	東海市		
病 名			
病名が小児気管支喘息の場合、以下の発作型分類の該当する所にしるしをつけて下さい。			
<input type="checkbox"/> 間欠型	年に数回、季節性に咳嗽、軽度ぜん鳴が出現する。時に呼吸困難を伴うこともあるが、β2刺激薬の頓用で短時間で症状は改善し持続しない。		
<input type="checkbox"/> 軽度持続型	咳嗽、軽度ぜん鳴が1回/月以上、1回/週末未満。時に呼吸困難を伴うが持続は短く、日常生活が障害されることは少ない。		
<input type="checkbox"/> 中等度持続型	咳嗽、軽度ぜん鳴が1回/週以上。毎日は持続しない。時に中・大発作となり日常生活が障害されることがある。		
<input type="checkbox"/> 重症持続型	咳嗽、軽度ぜん鳴が毎日持続する。週1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される。		
吸入器使用頻度	毎日 (回) ・週 回・月 回・年 回・その他 ()		
使 用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 <small>※貸付期間は原則6か月以内です。それ以上になる場合は特記事項に理由を記入して下さい。</small>		
特 記 事 項			
<p>上記のとおり、診断し、吸入器の使用を承認します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 印</p>			