|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付意見書  （人工呼吸器用自家発電機・外部バッテリー用） | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　生  　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 住所 |  | | |
| 原傷病名 | 発症　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 使用している人工呼吸器 | * TPPV（気管切開孔を介したもの） * NPPV（鼻マスク又は顔マスクを介したもの） | | |
| 現症 | （人工呼吸器を必要とする理由及び身体の状況等） | | |
| 必要頻度 | * ２４時間、常時人工呼吸器を使用している。 * 上記以外 | | |
| 上記のとおり意見します。  　　　　令和　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　作成医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

* この意見書は、鳥取市障がい者(児)日常生活用具給付事業において、人工呼吸器用自家発電機又は外部バッテリーの給付対象になるかの判断に使用するものです。

　　　　なお、給付対象は常時人工呼吸器を使用している者となっています。