|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付意見書  （人工喉頭用） | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　生  　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 住所 |  | | |
| 原傷病名 | 発症　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 使用している用具 | * 人工喉頭（電動式） * 人工喉頭（笛式） * 人工喉頭（笛式）（気管カニューレ付） | | |
| 現症 | （人工喉頭を必要とする理由及び身体の状況（気管分離術等の施術事実について等）） | | |
| 使用効果 | 例）人工喉頭（電動式）の使用により日常生活での会話が可能となる。等 | | |
| 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、人工喉頭（電動式）及び人工喉頭（笛式）の給付対象になるかの判断に使用するものです。

　　　　なお、給付対象は音声機能障がい者であって喉頭摘出者、または音声機能障がい者であって気管分離術等により喉頭摘出者と同等の音声機能の制限があると医師の判断による書面をもって認められた者となります。