|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付意見書  （電気式たん吸引器、ネブライザー（吸入器）用） | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　生  　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 住所 |  | | |
| 原傷病名 | 発症　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 現症 | 1. 身体の状況   呼吸器の機能の障害により、家庭内での日常生活活動が著しく制限される  　　　　　　　　　　　　　（ □該当する　　□該当しない ）   1. 測定値   ・予測肺活量１秒率３０以下　　（ □該当する　　□該当しない ）  ・動脈血O２分圧60Torr以下　　（ □該当する　　□該当しない ）  ・測定不能（理由）  　　身体の状況及び測定値から、身体障害者認定基準の呼吸器機能障害　　　　級  　程度に相当します。 | | |
| 必要頻度 | 【吸入】ネブライザー　（　　　　回／　　　時間 ・ 日 ）程度  【吸痰】たん吸引器　　（　　　　回／　　　時間 ・ 日 ）程度 | | |
| 意見（使用効果見込） |  | | |
| 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、電気式たん吸引器・ネブライザーの給付対象になるかの判断に使用するものです。

　　　　なお、判断基準は、身体障害者手帳をお持ちの方で、呼吸器機能障がいの程度が３級以上の方又　は同程度の方となっています。