|  |
| --- |
| 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。