

日常生活用具意見書（ネブライザー・電気式たん吸引器用）

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住所			
生活の場所	在宅 ・ 入院中 (年 月 日に退院見込) ・ その他 ()		
疾患名		給付を希望する 日常生活用具名	ネブライザー・電気式たん吸引器
症状	ネブライザーや電気式たん吸引器を必要とする理由及び身体の状態等について 呼吸器に係る障害程度が身体障害認定基準3級(参考①)と同程度かそれ以上である ⇒ <input type="checkbox"/> 該当する ※給付対象者については下記(参考②)を参照。 ↑必ずご記入ください。 (該当しない場合は給付対象外です)		
	<症状詳細>		
(注)嚥下機能低下等の症状による「窒息リスクの低減のみ」を目的とした給付はできません。			
ネブライザーや 電気式たん吸引器の 使用効果			
以上のとおり診断します。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 医療機関名 年 月 日 医療機関所在地 医師名 </div>			

(参考①)呼吸器に係る身体障害認定基準

1級	呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの ・ 予測肺活量1秒率（指数）が20以下または動脈血O ₂ 分圧が50 Torr以下のもの ・ 呼吸困難が強く歩行がほとんどできないもの ・ 呼吸障害のため指数の測定ができないもの
3級	呼吸器の機能の障害により家庭内で日常生活活動が著しく制限されるもの ・ 予測肺活量1秒率（指数）が20を超え30以下のもの若しくは動脈血O ₂ 分圧が50 Torrを超え60 Torr以下のものまたはこれに準ずるもの
4級	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの ・ 予測肺活量1秒率（指数）が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O ₂ 分圧が60 Torrを超え70 Torr以下のものまたはこれに準ずるもの

(参考②)たつの市心身障害者(児)日常生活用具給付等事業実施要綱別表(抜粋)

給付対象者	呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者(児)であって、必要と認められる者(原則として学齢児以上の者)
-------	---