**日常生活用具給付　医師意見書（蓄電池等）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 香取市 | | | |
| 品　名 | □ポータブル電源(蓄電池)　□DC/ACインバーター(カーインバーター)  　□正弦波インバーター発電機　□足踏式･手動式たん吸引器  　※該当にチェックをして下さい。 | | | |
| 使用している  医療機器・治療法 | □電気式たん吸引器　□人口呼吸器　□在宅酸素療法  ※該当にチェックをして下さい | | | |
| 該当障害 | □呼吸器機能障害　□嚥下障害　□難病（疾病名：　　　　　　　　　　　　）  　※該当にチェックをして下さい | | | |
| 参考となる経過・所見・使用効果見込み  　治療経過 | | | | |
| 現　　　症 | | | | |
| 必 要 頻 度  実 施 者 等 | | | | |
| 所見・使用  効果見込み | | | | |
| 備　　　考 | 呼吸器機能障害3級以上の身体障害者手帳を所持していない場合は、同程度の障害で必要と認められている方が給付対象です。  「**呼吸器機能障害3級以上と同程度**」である旨を記入してください。 | | | |
| 上記により、給付が必要と認めます。  　　　　　　　　　　年　　月　　日  医療機関の  名称・所在地  担当科名  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |