**日常生活用具給付　医師意見書（ネブライザー等）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ネブライザー　□電子式たん吸引器　□動脈血中酸素飽和度測定器  　※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 | | 気管切開…（ 有 ・ 無 ） 在宅酸素…（ 有 ・ 無 ） 人口呼吸器…（ 有 ・ 無 ）  ※該当に〇をして下さい | | | |
| 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。 | | | | |
| その他  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る方は、該当にチェックして下さい。  　上記品目の必要性　□永久的であると見込まれる　□今後軽快が見込まれる　□現時点では不明  　　　　　　　　　　※永久的である場合、次回以降の意見書を省略できることがあります。 | | | | | |
| 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 | | | | | |