

(様式4)

倉敷市障がい児（者）日常生活用具給付医師意見書

(ネブライザー・電気式たん吸引器・吸入器付吸引器用)

倉敷市長宛

医療機関名： _____

医 師： _____

申請する者	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
障がい名	手帳等級	
障がいの原因となつた傷病名	発症年月日 年 月 日	
給付が必要な用具	<input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 吸入器付吸引器	
上記用具が必要となる原因傷病名	発症年月日 年 月 日	
医学的な 判定状況	【気管切開の有無】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【酸素吸入の有無】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ℓ/分) <div style="text-align: right; font-size: small;">※ 酸素吸入から離脱できない場合の値</div>	
	【活動能力の程度】 <input type="checkbox"/> 激しい運動をした時だけ息切れがある。 <input type="checkbox"/> 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。 <input type="checkbox"/> 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。 <input type="checkbox"/> 平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。 <input type="checkbox"/> 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。	
	【摂食状況】 <input type="checkbox"/> 通常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	① 【吸入の必要頻度】 ネブライザー (_____回/____時間・日) 程度 ② 【吸痰の必要頻度】 たん吸引器 (_____回/____時間・日) 程度 <div style="text-align: center; font-size: small;">※吸入器付吸引器を必要とする場合は①②両方とも記入してください。</div>	
意見 (使用効果見込)		

(呼吸器機能障がい3級以上と同程度の障がいが必要と認められる方が給付の対象となります。)