

日常生活用具意見書

フリガナ										
氏名			生年月日	大・昭 平・令	年	月	日			
住所										
身体障害者 手帳所持者	手帳 等級	種 級	手帳の障害名（○○機能障害）及び原傷病名（○○による）							
難病患者等	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名									
<p>必要な日常生活用具の名称（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>） ※ その他の場合は用具名を記入</p> <p><input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入器）</p> <p><input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）</p> <p>⇒ 下記の行っている療法を必ず記入してください。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 在宅酸素療法</td> <td><input type="checkbox"/> 人工呼吸器療法</td> <td><input type="checkbox"/> 気管カニューレの装着</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>（）</p>								<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器療法	<input type="checkbox"/> 気管カニューレの装着
<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器療法	<input type="checkbox"/> 気管カニューレの装着								
上記、日常生活用具が必要な理由および使用効果										
備考										
<p>上記のとおり、意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p>										

※意見書の有効期限は、作成日から3か月です。
 ※意見書の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。

日田市

(裏面)

※意見書が必要な用具及び要件

用具名	障害及び程度
特殊寝台	難病患者等(※)で寝たきりの状態にあるもの
特殊マット	難病患者等(※)で寝たきりの状態にあるもの
特殊尿器	難病患者等(※)で自力で排尿できないもの
体位変換器	難病患者等(※)で寝たきりの状態にあるもの
移動用リフト	難病患者等(※)で下肢または体幹機能に障がいのあるもの
訓練用ベッド	難病患者等(※)で下肢または体幹機能に障がいのあるもの
入浴補助用具	難病患者等(※)で入浴に介助を有するもの
便器	難病患者等(※)で常時介護を要するもの
移動・移乗支援用具	難病患者等(※)で下肢が不自由なもの
特殊便器	難病患者等(※)で上肢機能に障がいのあるもの
自動消火器	火災発生の感知・避難が困難な難病患者等(※)のみの世帯及びこれに準ずる世帯
ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能障害3級以上と同程度の身体障害者であって必要と認められるもの (上肢もしくは体幹機能障害、または身体障害者で喉頭摘出をした者でその障害が起因して用具が必要となった場合)
	難病患者等(※)で呼吸器機能に障がいのあるもの
電気式たん吸引器	呼吸器機能障害3級以上と同程度の身体障害者であって必要と認められるもの (上肢もしくは体幹機能障害があるもの、または身体障害者で喉頭摘出をしたものでその障害が起因して用具が必要となった場合)
	難病患者等(※)で呼吸器機能に障がいのあるもの
動脈血中酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)	難病患者等(※)で人工呼吸器の装着が必要なもの、または気管カニューレ等の装着を行っているもの、若しくは酸素吸入を行っているもので必要と認められるもの
居室生活動作補助用具 (住宅改修に係わる用具)	難病患者等(※)であって、下肢機能又は体幹機能に障がいがあり、必要と認めるもの

(※)障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に規定する特殊の疾病に該当するもの