

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	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (歳)
住所		
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
<p>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 状況等について</p> <p>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)</p>		
症状	<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	以上のおり診断します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 </div>	

(参考①)呼吸器に係る身体障害認定基準

1級	<p>呼吸器の機能の障害により 自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予測肺活量1秒率(指数)が20以下または動脈血O₂分圧が50Torr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	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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O₂分圧が50Torrを超え60Torr以下のものまたはこれに準ずるもの
4級	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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O₂分圧が60Torrを超え70Torr以下のものまたはこれに準ずるもの

(参考②)茨木市日常生活用具の給付事業実施要綱別表(抜粋)

給付対象者 (右記のいずれかに該当する必要あり)	<p>○身体障害者手帳に呼吸機能に係る障害程度が1級若しくは3級又は音声機能喪失(喉頭摘出)3級と記載されている者であって、ネブライザー(または電気式たん吸引器)が必要と認められる者</p> <p>○身体障害者手帳に上肢若しくは体幹機能に係る障害程度が2級以上又は音声言語そしゃくに係る障害程度が3級以上と記載されており、意見書によって呼吸器に係る障害程度が3級と同程度の身体障害者であって、ネブライザー(または電気式たん吸引器)が必要と認められる者</p> <p>○難病患者等のうち呼吸器機能に障害を有し、意見書によって呼吸器に係る障害程度が3級と同程度の身体障害者であって、ネブライザー(または電気式たん吸引器)が必要と認められる者</p>
-----------------------------	---