日常生活用具意見書（自家発電機又は外部バッテリー用）

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**	自家発電機 ・ 外部バッテリー

在宅使用機器

在宅で使用している人工呼吸器等の種類について（該当機器に☑を付けてください）

☐ 人工呼吸器　☐ ネブライザー　☐ 電気式たん吸引器　☐ 補助人工心臓

症状

人工呼吸器等を必要とする理由及び身体の状況等について

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 ➡ ☐ 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）

〈症状詳細〉

(注)「人工呼吸器」「ネブライザー」「電気式たん吸引器」の在宅使用を理由とする自家発電機又は外部バッテリーの給付については、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。

人工呼吸機等の使用状況	
自家発電機又は外部バッテリーの必要性	

以上のとおり診断します。

医療機関名

年　月　日

医療機関所在地

医師名

(参考①)呼吸器に係る身体障害認定基準

1級	**呼吸器の機能の障害により** **自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの** ・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	**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** ・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	**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** ・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）	○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、又は**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、意見書により在宅で人工呼吸器等を使用していると認められる者** ○身体障害者手帳に心臓に係る障害が記載されている者であって、**意見書により在宅で補助人工心臓等生命維持に必要な機器を使用していると認められる者**