日常生活用具意見書

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 住 所 |
| 氏 名年　　月　　日生（　　　歳） |
| 1.障がい名及び原因となった疾病・外傷名※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で定める疾病（難病等）に該当（[ ] する・[ ] しない） |
| 2.必要と認める日常生活用具[ ] 訓練いす　　[ ] 訓練用ベッド　　[ ] 電気式たん吸引器　　[ ] 透析液加湿器　[ ] ネブライザー（吸入器）　　　　[ ] 酸素ボンベ運搬車　　[ ] 頭部保護帽[ ] 動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）　　[ ] 洗腸装具[ ] 携帯型家庭用機械弁モニタリング　　[ ] 携帯用会話補助装置[ ] 在宅人工呼吸器使用者非常用電源　　[ ] 紙おむつ等　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3.　1に記載した疾病により2の用具が必要となる理由　※身体状況等、明確に記載すること |
| 4.備考 |
| 　　上記のとおり意見する　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |