

表面

意見書（吸入器・吸引器申請用）

対象者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所 _____

上記の対象者について以下の通り診断いたします。

診断名 _____

医師所見

(_____)

上述の理由により、

- ネブライザー（吸入器）が必要。
 電気式たん吸引器が必要。
 ネブライザー（吸入器）と電気式たん吸引器のそれぞれが必要。
 両用器が必要（吸入器と吸引器の両方を兼ね備えた物）

※ 支給要件は裏面をご確認下さい。

対象者の身体状況 以下の項目に該当することを確認のうえ、○で囲んで下さい。

- 1 自己排痰が _____ (困難である ・ 困難でない)
 2 使用回数 _____ 回 / _____ 日
 3 どちらで加療中か（場所） _____ (在宅である ・ 在宅でない)
 4 3番で「在宅でない」を選択し退院又は退所予定の方(予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
 5 現在の症状及び状況は _____ (一過性でない ・ 一過性である)
 6 痰の硬さは（吸入器申請時のみ） _____ (粘性である ・ 粘性でない)

記載年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX

診断書記載医師名 _____

印

裏面

支給要件

● ネブライザー（吸入器）

在宅治療中であり、施設入所・入院中でない者。

身体障害者の手帳の交付を受けた者（児）であって、当該手帳に身体上の障害（呼吸機能障害に限る）の程度が3級以上のもの。

又は身体障害者手帳の交付を受けた者であって、医師の意見書等により自己排痰が困難で痰粘性を軽減し痰の喀出を容易にする、霧状にした治療薬剤等の吸入などを目的に当該用具を必要と認められる者に限る（一過性のものではなく回復の見込みがないもの）。

● 電気式たん吸引器

在宅治療中であり、施設入所・入院中でない者。

身体障害者の手帳の交付を受けた者（児）であって、当該手帳に身体上の障害（呼吸機能障害に限る）の程度が3級以上のもの。

又は身体障害者手帳の交付を受けた者であって、医師の意見書等により自己排痰困難であり、当該用具に依らなければ痰の喀出が困難であると認められる者に限る（一過性のものではなく回復の見込みがないもの）。

● 両用器（吸入器と吸引器の両方の機能を備えた物）

【注意事項】

- ・ 給付希望する場合は事前に申請が必要です。購入後の給付はできません。
- ・ 費用の自己負担は原則一割（生活保護受給者のみ自己負担がありません）です。ただし、価格の上限額を超えた場合、超えた金額は全額自己負担となります。
- ・ 耐用年数は吸入器・電気式たん吸引器ともに5年です。
- ・ 耐用年数内の同一品目の再給付は原則できません。
- ・ 業者は、那覇市に業者登録している業者に限ります。

那覇市 障がい福祉課
日常生活用具担当
電 話 098-862-3275
F A X 098-862-0621