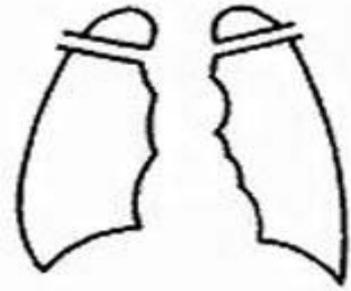


# 補 装 具 意 見 書 (呼 吸 器)

|  |  |   |   |                             |
|--|--|---|---|-----------------------------|
| <b>受付番号 肢</b> _____  |  | 受付日<br>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   |   |                             |
| フリガナ   |  | 身<br>体<br>障<br>害<br>者<br>手<br>帳   | 有 _____ 無 _____ 申請中 _____   |                             |
| 氏 名  |  |   | 障害等級 _____ 種 _____ 級 _____  | 交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳   |  |   | 手帳番号 _____ 県第 _____ 号   |                             |
| 居住地  |  |   | 障害名 _____<br>_____<br>_____による呼吸器機能障害                                   |                             |
| 病名<br><small>※身体障害者手帳を有しない難病患者等の場合、障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載して下さい。</small>  |  | 身長 _____ cm   | 体重 _____ kg   | 胸囲 _____ cm                 |
| 現症および既往症<br><br><small>難病患者等であって、難病等の症状に変化や進行がある場合は、その具体的な状況を記載して下さい。(症状が変化する場合は、「症状がより重度な状態」と「症状がより軽度の状態」でどのように変化するのか、「どのくらいの時間・期間」で変化するのか等、具体的に記載して下さい。また、症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか等、具体的に記載して下さい。)</small> |  |   |   |                             |
| <b>臨床所見</b><br>息切れ ( 有 ・ 無 )      呼吸困難 ( 有 ・ 無 )      起座呼吸 ( 有 ・ 無 )<br>血 痰 ( 有 ・ 無 )      チアノーゼ ( 有 ・ 無 )      血 圧 _____ / _____ mmHg<br>赤 沈 _____ / _____ mm      喀痰検査 (塗抹 _____ 培養 _____ )<br>その他の所見 ( _____ )              |  |   |   |                             |
| 活<br>動<br>能<br>力<br>の<br>程<br>度  | ア.階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。<br>イ.階段をゆっくりでものぼれないが、途中休み休みならのぼれる。<br>ウ.人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。<br>エ.ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。<br>オ.息苦しくて身のまわりのこともできない。 | 換<br>気<br>機<br>能  | ア.予測肺活量 _____ ml<br>イ.1秒量 _____ ml<br>ウ.予測肺活量1秒率 _____ %<br>エ.その他 _____ |                             |
| 胸<br>部<br>エ<br>ッ<br>ク<br>ス<br>線<br>写<br>真<br>所<br>見  | 胸膜癒着<br>気腫化<br>繊維化<br>不透明肺<br>胸郭変形<br>心、縦隔の変形  |   |   |                             |
|  |  |  |   |                             |
|  |  | (撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)   |   |                             |

補装具の名称と型式

日常生活動作（ADL）及び介護者の状況

現在の日常生活及び社会参加の状況

補装具の必要性・効果 **※必ず記入してください（具体的に）。**

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

身体障害者福祉法第15条第1項（身体障害者手帳）に基づく指定医（障害分野：呼吸器機能障害）が記入して下さい（連名可）。  
また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可（連名可）。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

|                |      | 補装具要・否 |   |
|----------------|------|--------|---|
| 総合判定           |      |        |   |
|                | 否の理由 |        |   |
| 平成 年 月 日       |      |        |   |
| 三重県障害者相談支援センター |      |        |   |
|                |      | 医師氏名   | 印 |