

日常生活用具給付意見書

氏名
住所
生年月日 平成・令和 年 月 日
疾病名 (小児慢性特定疾病医療受給者証に記載してあるとおり記入してください)
日常生活用具の名称
給付を必要とする理由※
年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 電話番号

※天草市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業実施要領別表に定める同程度の障害状況であることが分かるように記入してください。(裏面参照)

別表

種目	対象者	性能
便器	常時介護を要する者	児童が容易に使用し得るもの。(手すりをつけることができる。)
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡 ^{じよくそう} の防止、失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの
特殊便器	上肢機能に障がいのある者	足踏ペダルで温水温風を出し得るもの(取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。)
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を附帯し、原則として対象者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること。 ア 児童の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。 イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となるもの。
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、対象者又は介助者が容易に使用し得るもの(設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。)
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので、対象者又は介助者が容易に使用し得るもの
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が対象者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの
車いす	下肢が不自由な者	児童の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。
頭部保護帽	発作等により頻繁に転倒する者	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの。
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障がいのある者	対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
クールベスト	体温調節が著しく難しい者	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの。
紫外線カットクリーム	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障がいを起こすことがある者	紫外線をカットできるもの。
ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能に障がいのある者	対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
動脈中酸素飽和度測定機(パルスオキシメーター)	人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、介助者等が容易に使用し得るもの
ストマ装具	人工肛門又は人工膀胱 ^{ぼうこう} 造設者	(1) 蓄便袋
		(2) 蓄尿袋
人工鼻	人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者	対象者又は介助者が容易に使用することができるもの