

日常生活用具給付 医師意見書（非常用電源装置用）

1 対象者		
氏名		
生年月日	年 月 日生（ 歳）	
住所	北秋田市	
障がい名		
2 使用している医療機器		
☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ その他（ ）	機器名・型式等	
	使用状況	☐ 常時使用 ☐ 1日約（ ）時間使用 ☐ その他（ ）
	定格消費電力	約（ ）W
	最大消費電力	約（ ）W
3 医学的所見		
(1) 停電時の影響 ☐ 停電により生命維持に重大な支障が生じるおそれがある。 ☐ その他（ ） (2) 非常用電源装置の必要性 ☐ 必要 ☐ 不要 理由・備考等		
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ⑩		

※1 この意見書は、北秋田市地域生活支援事業（日常生活用具給付事業）の非常用電源装置の給付判定に使用します。

※2 給付対象は、身体障害者手帳の交付を受けた者（児）又は難病患者であって、在宅で人工呼吸器、酸素濃縮器、吸引器、輸液ポンプその他電源を必要とする医療機器を日常的に使用し、停電により生命維持に重大な支障を生ずるおそれがあるものです。