様式第４号

# （人工呼吸器等装着者申請時添付書類）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 1. 男<br>2. 女 | 生年月日 | 年　月　日生（満　歳） |
| 氏名 | | | | | |
| 医療受給者証に記載されている疾病名 | 人工呼吸器 | | | | |
| | 体外式補助人工心臓等 | | | | |

※人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。

## ①人工呼吸器の使用について

※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいう。

| | |
|---|---|
| 人工呼吸器装着の有無 | 人工呼吸器　1.　あり　（　年　月から）　2.　なし |
| 人工呼吸器の種類 | 1.　気管切開口を介した人工呼吸器　2.　鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 |
| 施行状況 | 1.　施行　2. 未施行 |
| 離脱の見込み | 1.　あり　2. なし |

## ②体外式補助人工心臓等の使用について

| | |
|---|---|
| 体外式補助人工心臓等の装着の有無 | 体外式補助人工心臓等　1.　あり（　年　月から）　2.　なし |
| 体外式補助人工心臓等の装着の種類 | |
| 施行状況 | 1.　施行　2. 未施行 |
| 離脱の見込み | 1.　あり　2. なし |

## ③生活状況等の評価について

| | |
|---|---|
| 生活状況の評価 | ○食事　1.　自立　2.　部分介助　3. 全介助<br>○更衣　1.　自立　2.　部分介助　3. 全介助<br>○移乗（※）・屋内での移動　1.　自立　2.　部分介助　3. 全介助<br>○屋外での移動　1.　自立　2.　部分介助　3. 全介助<br><br>※移乗　：　ベッドから椅子、車椅子への移動<br><br>【評価基準】<br>1. 自立　補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる<br>2. 部分介助　1. 自立と3. 全介助の間<br>3. 全 介 助　本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 |

医療機関名

医療機関所在地

電話番号　（　）

医師の氏名　記載年月日　：　年　月　日

**※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、認定されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。**

**※人工呼吸管理は24時間持続して行っている方が対象です。（裏面の認定基本方針参照）**