小児慢性特定疾病（旭川市）

人工呼吸器等装着者申請時添付書類

ふりがな		性別	1．男 2．女	生年月日	平成　　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					
該当する項目に〇をつけてください	1．人工呼吸器（24時間持続して管理しているもの） *夜間のみなど，24時間装着していない方は，対象外です				
	2．体外式補助人工心臓等				
生活状況の評価	〇食事　1．自立　2．部分介助　3．全介助 〇更衣　1．自立　2．部分介助　3．全介助 〇移乗(※)・屋内での移動　1．自立　2．部分介助　3．全介助 〇屋外での移動　1．自立　2．部分介助　3．全介助 ※移乗：ベッドから椅子，車椅子への移動 【評価基準】 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 2．部分解除　「1.自立」と「3.全介助」の間 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				

以下，①・②は，該当する項目に記入してください。

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	1．　あり（平成　　年　　月から）　　2．　なし（現在は使用していない）
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	1．　あり（平成　　年　　月から）　　2．　なし（現在は使用していない）
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

平成　　年　　月　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関　所 在 地

名　　称

電話番号

医師氏名　　㊞

※人工呼吸器，体外式補助人工心臓等の使用の必要性が，医療受給者証に記載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。