様式第４号

小児慢性特定疾病（旭川市）

（人工呼吸器等装着者証明書）

ふりがな		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		※夜間のみなど２４時間継続して装着していない方は対象外です。
	体外式補助人工心臓等		

注）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

（注１）人工呼吸器装着者とは，気管チューブを介して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て人工呼吸器を使用している者をいう。
（注２）気管チューブとは口，鼻および気管切開口を介して気管内に留置するチューブ・カニューラをいう。
（注３）「継続的に施行」とは，連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。

人工呼吸器装着の有無（注１）	１．　あり（　　年　　月から）　　２．　なし
人工呼吸器の使用方法（注２）	１．気管チューブを介した人工呼吸器使用　２．鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用
施行状況（注３）	１．継続的に施行　　２．断続的に施行　　３．未施行
概ね１年以内に離脱の見込み	１．　あり　　２．　なし

②体外式補助人工心臓等の使用について

（注４）体外式補助人工心臓等とは、体外式補助人工心臓及び埋込式補助人工心臓をいう。
（注５）「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。

体外式補助人工心臓等の装着の有無	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（注４）	１．体外式補助人工心臓　　２．埋込式補助人工心臓
施行状況（注５）	１．継続的に施行　　２．断続的に施行　　３．未施行
概ね１年以内に離脱の見込み	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 ○更衣　１．自立　２．部分介助　３．全介助 ○移乗(※)・屋内での移動　１．自立　２．部分介助　３．全介助 ○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．部分介助　「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

医療機関名　　年　　月　　日

所在地

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証明書を提出してください。