

**人工呼吸器等装着者に係る診断書**

ふりがな		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
氏名				
特定疾患医療受給者証に記載されている疾患名				
<b>人工呼吸器の使用について</b>				
※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. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行			
離脱の見込み	1.あり 2.なし			
生活状況	食事	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
	椅子とベッド間の移動	1. 自立	2. 軽度の介助	3. 部分介助 4. 全介助
	※軽度の介助：軽度の部分介助又は監視を要する 部分介助：座ることは可能であるがほぼ全介助			
	整容	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
	トイレ動作	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
	入浴	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
	移動	1. 自立	2. 軽度の介助	3. 部分介助 4. 全介助
	※軽度の介助：45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む 部分介助：歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能			
	階段昇降	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
排便コントロール	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
排尿コントロール	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
医療機関名				
医療機関所在地				
医師の氏名	(記名)	電話番号	( )	
日		記載年月日：	年 月	

**※人工呼吸器の使用の必要性が、特定疾患医療受給者証に記載されている病名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。**

人工呼吸器等装着者の対象範囲について  
 次の①及び②に掲げる要件を満たす者とする。  
 ① 継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者であること  
 ② 日常生活動作が著しく制限されている者であること  
 なお、具体的には、次のア～エの全てを満たす者とする。  
 ア 「人工呼吸器装着の有無」の項目において「1. あり」に該当する。  
 イ 「施行状況」の項目において「3. 一日中施行」に該当する。  
 ウ 「離脱の見込み」の項目において「2. なし」に該当する。  
 エ 「生活状況」の各項目において、いずれも「部分介助」または「全介助」に該当する。