

(療育指導連絡票兼重症患者認定意見書兼人工呼吸器等装着者申請時添付書類)

(療育指導連絡票、重症患者認定意見書、人工呼吸器等装着者申請時添付書類 共通記載項目)

受給者番号	新規登録 ・ 更新 ・ 転入( )		
患者	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名		
疾 病 名	裏面の人工呼吸器等装着者に該当する場合は、 どちらかに○印記載 人工呼吸器 ・ 体外式補助人工心臓等		

○療育指導連絡票

療 養 ・ 療 育	療養上の問題点等 裏面下に示す日常生活用具の給付の検討 (品名 : )	
	保健所、保健福祉センターで行ってほしい指導等 (例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介・家族会の紹介等)	
上記のとおり連絡します。		
年 月 日	医療機関名称	印
	医師氏名 (自署もしくは記名押印)	印

○重症患者認定意見書

次の①もしくは②に該当するものがある場合、「○記入欄」に○を記入してください。  
なお、重症患者認定意見欄に記入した場合は、下欄に自署もしくは記名押印してください。

① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限る)と認められる場合		
対象部位	症 状 の 状 態	○記入欄
眼	眼の機能に著しい障がいをもつもの	視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
聴 器	聴覚機能に著しい障がいをもつもの	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
	両上肢の機能に著しい障がいをもつもの	両上肢の用を全く廃したもの
上 肢	両上肢の全ての指の機能に著しい障がいをもつもの	両上肢の全ての指を基部から欠いているもの
	両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの	両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの
	一上肢の機能に著しい障がいをもつもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したもの
下 肢	両下肢の機能に著しい障がいをもつもの	両下肢の用を全く廃したもの
	両下肢を足関節以上で欠くもの	
体 幹 ・ 脊 柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がいをもつもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がいをもつもの
肢 体 の 機 能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものであるもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの
		四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの
② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合		
疾患群	治 療 状 況 等 の 状 態	○記入欄
悪 性 新 生 物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの	
慢 性 腎 疾 患	血液透析又は腹膜透析(CAPD(持続携帯腹膜透析)を含む。)を行っているもの	
慢 性 呼 吸 器 疾 患	気管切開管理又は挿管を行っているもの	
慢 性 心 疾 患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの	
先 天 性 代 謝 異 常	知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
神 経 ・ 筋 疾 患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
慢 性 消 化 器 疾 患	気管切開管理又は挿管を行っているもの	
染 色 体 又 は 遺 伝 子 に 変 化 を 伴 う 症 候 群	この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの	
皮 膚 疾 患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
骨 系 統 疾 患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
脈 管 系 疾 患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
上記のとおり診断します。		
年 月 日	医療機関名称	印
	医師氏名 (自署もしくは記名押印)	印
※該当する場合のみ、必ず医師直筆の署名及び押印をしてください		

○人工呼吸器等装着者申請時添付書類

人工呼吸器装着の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等を使用の場合は下記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い、なおかつ、24時間持続にて人工呼吸管理が必須な症例で離脱の見込みがない状態を指します。（但し酸素送与の有無は問わない）	
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	<p>○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動</p> <p>【評価基準】</p> <p>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</p> <p>2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間</p> <p>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</p>
上記のとおり診断します。	
年 月 日	医療機関名称 印
	医師氏名（自署もしくは記名押印） 印
※該当する場合のみ、必ず医師直筆の署名及び押印をしてください	

※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。

小児慢性特定疾病児日常生活用具

※給付を受けるためには、日常生活用具給付申請が必要です。

便器(常時介助を要する者)・特殊マット(寝たきりの状態にある者)・特殊便器(上肢機能に障がいのある者)・特殊寝台(寝たきりの状態にある者)・歩行支援用具(下肢が不自由な者)・入浴補助用具(入浴に介助を要する者)・特殊尿器(自力で排尿できない者)・体位変換器(寝たきりの状態にある者)・車椅子(下肢が不自由な者)・頭部保護帽(発作等により頻繁に転倒する者(在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象))・電気式たん吸引器(呼吸器機能に障がいのある者)・クールベスト(体温調節が著しく難しい者)・紫外線カットクリーム(紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者)・ネブライザー(吸入器)(呼吸器機能に障がいのある者)・パルスオキシメーター(人工呼吸器の装着が必要な者)・ストーマ装具(消化器系)(人工肛門を造設した者(在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象))・ストーマ装具(尿路系)(人工膀胱を造設した者(在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象))・人工鼻(人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者)