

診断書

[補装具費支給事業【難病患者等用】]

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患者氏名		生年 月日	年 月 日 歳
患者住所	大阪市 区		
疾病名※		発病時期	年 月
症 状			
補装具を必要とする身体 の状況及び必要とする器具の名称	種 目	1 義肢 2 装具 3 座位保持装置 4 車椅子 5 歩行補助つえ 6 歩行器 7 視覚障がい者安全つえ 8 義眼 9 眼鏡 (矯正眼鏡・遮光眼鏡・コンタクトレンズ・弱視眼鏡) 10 補聴器 11 重度障がい者用意思伝達装置	

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL () -

※疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】 この診断書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター
連絡先(06 - -)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状を記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するか否かも記載してください。
 - ② 当該疾病にかかる現状・病状から必要と認められる用具がある場合、身体の状況欄への記載及び種目欄に○印を付してください。
以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対 象 者 等
義肢	補装具は「身体機能を補完又は代替する用具」であるため、その用具、機能がなければ生活、就労、就学が極めて困難である人。 (単に便利だからとか、QOLの向上や介助の軽減になるというだけでは対象となりません。)
装具	
座位保持装置	
車椅子	下肢又は体幹機能に障がいのある人。 疾病のため、歩行が困難な人。
歩行補助つえ	
歩行器	
視覚障がい者安全つえ	難病で視力が低下し、安全な歩行を確保するために必要な人。
義眼	難病で眼球を摘出又は眼球ろうの人。
矯正眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人
コンタクトレンズ	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で矯正眼鏡では対応できない人。
弱視眼鏡	矯正眼鏡等を使用しても身体障がい者手帳の対象となる程度の人で、矯正眼鏡やコンタクトレンズでは対応できない人。
遮光眼鏡	羞明を来しており、羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がない人。
補聴器	高度難聴以上に該当し、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な人。 ※中軽度補聴器は補装具費支給対象外
重度障害者用意意思伝達装置	音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患であり、重度障がい者意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な人。