様式第1号の7（第1条の4関係）

人工呼吸器等装着者認定証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年齢 |
| 氏　　名 |  | 　　年　　　月　　　日 | 歳 |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病名 | 人工呼吸器 |  |
| 体外式補助人工心臓等 |  |

　人工呼吸器を装着する者にあっては①及び③を、体外式補助人工心臓等を装着する者にあっては②及び③を記入してください。

|  |
| --- |
| 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又は鼻マスク若しく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、鼻及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。 |
| 人工呼吸器の装着の有無 | 1　あり（　　　年　　月から）　　2　なし |
| 人工呼吸器の使用方法 | 　1　気管チューブ（注2）を介した人工呼吸器を使用　2　鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用 |
| 人工呼吸器の施行状況 | 　1　継続的に施行（注3）　 2　断続的に施行　　3　未施行 |
| おおむね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（注4）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 | 　1　体外式補助人工心臓　2　埋込式補助人工心臓 |
| 体外式補助人工心臓等の施行状況 | 　1　継続的に施行（注5）　2　断続的に施行 　3　未施行 |
| おおむね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（注6）「移乗」とは、ベッドから椅子又は車椅子への移動をいう。（注7）評価基準　 1　自立　　　　補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達と相当な程度で生活ができる状態2　部分介助　　自立と全介助の間の状態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 |
| 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（注6）・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 |
| 医療機関名医療機関所在地（電話番号　　　　―　　　　―　　　　　）医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日：　　　年　　月　　日 |

備考　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、この証明書を提出してください。