

小児慢性特定疾病医療意見書別紙（人工呼吸器等装着者用意見書）

|                                                                                                                             |                                             |                                     |         |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|---------|---------|--------|
| フリガナ                                                                                                                        |                                             | 性別                                  | 生 年 月 日 |         | 受給者番号  |
| 受診者氏名                                                                                                                       |                                             | 男・女                                 | 年 月 日   |         |        |
| ※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（医療受給者証(新規申請の場合は医療意見書)に記載されている）疾病によって生じている場合に本意見書を提出してください。                                |                                             |                                     |         |         |        |
| ※長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている（連日おおよそ24時間持続にて人工呼吸管理が必須な症例でかつ、概ね1年以内に離脱の見込みがない。但し酸素送与の有無は問わない）ことが要件となります。 |                                             |                                     |         |         |        |
| 医療受給者証(新規申請の場合は医療意見書)に記載されている原因疾病名                                                                                          | 人工呼吸器                                       |                                     |         |         |        |
|                                                                                                                             | 体外式補助人工心臓等                                  |                                     |         |         |        |
| ※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) 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。                                                                           |                                             |                                     |         |         |        |
| 人工呼吸器装着の有無                                                                                                                  | 1. あり（ 年 月から） 2. なし                         |                                     |         |         |        |
| 人工呼吸器の種類（注）                                                                                                                 | 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 |                                     |         |         |        |
| 施行状況                                                                                                                        | 1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行                  |                                     |         |         |        |
| 離脱の見込み（概ね1年以内）                                                                                                              | 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                                                                                                            | 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                   |                                     |         |         |        |
| 施行状況                                                                                                                        | 1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行                  |                                     |         |         |        |
| 離脱の見込み（概ね1年以内）                                                                                                              | 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 |         |         |        |
| 備考                                                                                                                          |                                             |                                     |         |         |        |
| 上記のとおり診断します。                                                                                                                |                                             |                                     |         |         |        |
| 医療機関名                                                                                                                       |                                             | 記載年月日                               |         | 年 月 日   |        |
| 医療機関住所                                                                                                                      |                                             | 診療科                                 |         | 医師名     |        |