

人工呼吸器等装着者申請書

ふりがな			生年	年	月	日生
氏名			月日	(満 歳)		
医療受給者証に記載されている病名・状態	疾病名					
	状態 (該当する状態に○を してください)	人工呼吸器装着 (→①、③を記載)	補助人工心臓等装着 (→②、③を記載)			
	機器の使用を必要とするに至った疾病	1. 上記疾病による 2. それ以外の疾病等 ( )				
以上のとおり、人工呼吸器等装着者の認定を申請します。 申請者住所 氏名 年 月 日 (宛先) 下関市長						

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
使用状況	1. 一日中使用している (状況: ) 2. 一日中の使用ではない
離脱の見込み	1. なし 2. あり
②補助人工心臓等使用について	
補助人工心臓等の使用の有無	1. あり ( 年 月から ) 2. なし
補助人工心臓等の種類	
離脱の見込み	1. なし 2. あり
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. 介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のために全般に介助が必要な状態
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

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、医療受給者証(医療受診券)に記載されている疾病によって生じている場合に本診断書の提出が必要となります。