

「新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度」では、人工呼吸器及び体外式補助人工心臓等装着者について自己負担限度額に軽減措置があります。その審査のための書類です。申請書と一緒に提出してください。

## 人工呼吸器等装着者証明書

○人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、小児慢性特定疾病に起因して生じている場合に本証明書を提出してください。  
○24時間持続にて人工呼吸管理等が必要な症例でかつ、離脱の見込がなく（但し酸素送与の有無は問わない）、日常生活動作が著しく制限されているものが認定の対象です。

ふりがな			生年 月日	年 月 日生（満 歳）
氏名				
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器 （下記①③記入）			
	体外式補助人工心臓等 （下記②③記入）			
<b>①人工呼吸器の使用について</b>				
<p>（注意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、鼻マスク又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。 （注意2）気管チューブとは口、鼻および気管切開口を介して期間内に留置するチューブ・カニューラをいう。 （注意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。</p>				
人工呼吸器装着の有無	1. あり（ 年 月から） 2. なし			
人工呼吸器の使用法（注意2）	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使用			
施行状況（注意3）	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行			
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし			
<b>②体外式補助人工心臓等の使用について</b>				
<p>（注意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。 （注意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。</p>				
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（注意4）	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓			
施行状況（注意5）	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行			
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし			
<b>③生活状況等の評価について</b>				
生活状況の評価	<p>○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</p> <p>※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動</p> <p>【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</p>			
記載年月日： 年 月 日				
【医療機関名】				
【医療機関所在地】				
電話番号 ( )				
【医師の氏名】				