

○人工呼吸器等装着者申請時添付書類

小児慢性特定疾病を主たる要因として、人工呼吸器、体外式補助人工心臓等を装着されており、認定要件に該当する場合のみ、下記にご記載ください。
(人工呼吸器を使用されている場合は下記①・③に、体外式補助人工心臓等を使用されている場合は下記②・③に記入ください)

① 人工呼吸器の使用について	
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 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
施行状況	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行
概ね1年以内の離脱の見込み	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	体外式補助人工心臓等 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
概ね1年以内の離脱の見込み	1. あり 2. なし
③ 生活状況等の評価について	
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>
上記のとおり診断します。	
年 月 日	医療機関所在地
	医療機関名
	担当医師名

「人工呼吸器等装着者」の認定要件について

小児慢性特定疾病医療費助成制度で認定されている疾病により、以下の状態が生じている場合が対象となります。

1. 継続して常時(※1)、生命維持管理装置(※2)を装着する必要がある方
かつ、
 2. 日常生活動作(食事、更衣、移乗・屋内での移動、屋外での移動)が著しく制限されている方(※3)
- 注)上記1, 2の両方の要件を満たすことが必要です。

- (※1) 継続して常時とは
連日おおそ24時間継続して生命維持装置を装着している方(継続的に施行)で、今後1年間程度離脱の見込みがない方(酸素投与の有無は問わない)
- (※2) 生命維持管理装置とは
・気管チューブを介して人工呼吸器を使用している方、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方
・体外式補助人工心臓又は埋込式補助人工心臓を常時装着している方
- (※3) 日常生活動作が著しく制限されている方とは
「食事」、「更衣」、「移乗・屋内での移動」、「屋外での移動」について、原則、4項目全てが「部分介助」以上の方