

別紙1（裏面）

○人工呼吸器等装着証明書

人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、表面に記入されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。

注1) 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。

注2) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に○をつけること。

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。

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
人工呼吸器の種類	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（注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
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（注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
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</p> <p>○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○移乗（※）・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○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】</p> <p>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</p> <p>2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間</p> <p>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	
医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)	

○療育指導連絡票

療養・療育	療養上の問題点等
	県（保健福祉環境事務所等）で行って欲しい指導等（例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等）
上記のとおり連絡します。	
年 月 日	
医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)	