人工呼吸器等 装着者証明書

	フリガナ										
受療者						生年月日	年	月	日生	(満	歳)
	氏名										
E.E.A.A.	* == 1 - == +1	人工呼吸器									
医療受給されている	者証に記載 を疾病名	体外式補助									
		人工心臓等									
注)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2)気管チューブとはロ、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。											
(注3)「											
人工呼吸器装着の有無			1. あり (年 月から) 2. なし								
人工呼吸器の使用方法(注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3)		1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行								
概ね1年以	以内に離脱の)見込み	1. あり 2. なし								
			•	外式補助人工		について					
(注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。											
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4)			1. 体外式補助人工心臟 2. 埋込式補助人工心臟								
施行状況(注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								
③生活状況等の評価について											
			○食事				b 3. 全介原				
生活状況の評価			○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:ベッドからの椅子、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	は全般に介	助が必要	要な状態	
医療機関	名										
医療機関所在地											
					最 老亚目		(\			
					電話番号		()			
医師の氏名				印	記載年月日	:	年	月		目	

L ※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疾病によって生じている場合に本証明書を提出してください。