

診 断 書

1 患者氏名 _____ 年 月 日生

2 患者住所 前橋市 _____ 町 _____

3 難病疾患名 _____

4 障害の状況

「障害の部位」「上肢全廃の部位」「飲み込み状況」については、該当する部位、症状全てに○をお願いします。

| | |
|---------|---|
| 障害の部位 | ア：両上肢 イ：一上肢（右・左） ウ：両下肢 エ：一下肢（右・左） オ：呼吸器 カ：その他（ ） |
| 上肢全廃の部位 | ア：なし イ：肩関節 ウ：肘関節 エ：手関節 オ：手指 |
| 立位能力 | ア：30分以上 イ：30分未満 ウ：10分未満 エ：立位不可能 |
| 座位能力 | ア：座位可能 イ：正座、あぐら、横すわり不可能・腰掛け可能 ウ：腰掛け10分未満 エ：腰掛け不可能 |
| 起立能力 | ア：支持なしで可能 イ：支持がなければ不可能 ウ：支持があっても不可能 |
| 歩行能力 | ア：1km以上 イ：1km未満 ウ：100m未満 エ：歩行不可能 |
| 排泄の状況 | ア：昼夜とも便所で可能 イ：介助があれば簡易便器使用可能・夜はおむつ ウ：常時おむつ使用 エ：自分で排尿することが不可能 |
| 呼吸機能の状況 | ア：息切れなく歩行可能 イ：人並みの速さで歩くと息切れ ウ：ゆっくり少し歩くだけで息切れ エ：息苦しくて身の回りのことができない オ：人工呼吸器を使用 |
| 寝たきり度 | ア：独力で外出する イ：介助付きで外出する ウ：ベッドの上の生活が主体 |
| 寝返り状況 | ア：つかまらないで可能 イ：つかまれば可能 ウ：不可能 |
| 起き上がり状況 | ア：つかまらないで可能 イ：つかまれば可能 ウ：不可能 |
| 飲み込み状況 | ア：問題なし イ：誤嚥がある ウ：喀痰が困難 エ：嚥下障害がある |

5 日常生活用具を必要とする身体状況等（難病の特性と日常生活用具の必要性が明確になるよう記入してください）

6 必要とする用具（裏面参照）とその使用効果

以上のおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

医師の皆様へ

前橋市では、難病患者等の日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資するため、障害者総合支援法の対象疾病の患者で、介護保険法、老人福祉法、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、労働者災害補償保険法の施策の対象とならない者が下表の対象者欄に掲げる身体的状況にあると認められる場合には、下表の種目欄の日常生活用具を給付することとしております。

つきましては、本制度の趣旨をご理解のうえ診断書の必要事項欄にご記入くださるようお願いいたします。

| 種 目 | 対 象 者 | 性 能 |
|--------------------------|--|--|
| 特殊寝台 | 寝たきりの状態にある者 | 原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの。 |
| 特殊マット | 同 上 | 褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの。 |
| 特殊尿器 | 自力で排尿できない者 | 尿が自動的に吸引されるもので難病患者等又は介護者が容易に使用し得るもの。 |
| 体位変換器 | 寝たきりの状態にある者 | 介助者が難病患者等の体位を交換させるのに容易に使用し得るもの。 |
| 移動用リフト | 下肢又は体幹機能に障害のある者 | 介護者が難病患者等を移動させるにあたって、容易に使用し得るもの。ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く。 |
| 訓練用ベッド | 同 上 | 腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの。 |
| 入浴補助用具 | 入浴に介助を要する者 | 入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、難病患者等又は介助者が容易に使用し得るもの。 |
| 便器 | 常時介護を要する者 | 難病患者等が容易に使用し得るもの。(手すりをつけることができるもの) |
| 移動・移乗支援用具 | 下肢が不自由な者 | 難病患者等の身体機能の状態を十分踏まえ、必要な強度と安定性を有し、転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となる手すり、スロープ等。 |
| 特殊便器 | 上肢機能に障害のある者 | 温水温風を出しうるもので、容易に使用し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。 |
| 自動消火器 | 火災発生の感知及び避難が著しく困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯 | 室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの。 |
| ネブライザー(吸入器) | 呼吸器機能に障害がある者 | 難病患者等又は介護者が容易に使用し得るもの。 |
| 電気式たん吸引器 | 同 上 | 同 上 |
| 動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) | 人工呼吸器の装着が必要な者 | 呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、難病患者等が容易に使用し得るもの。 |
| 居宅生活動作補助用具 | 下肢又は体幹機能に障害のある者 | 難病患者等の移動を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの。 |

※特殊寝台と訓練用ベッドの併給はできません。

連絡先 前橋市保健所内 障害福祉課 福祉サービス係
TEL 027-220-5711