

(表面)

尾道市難病患者医師診断書

氏名		昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)
住所			
疾患名			
症状 (日常生活用具を必要とする身体 の状況等も含む。)			
在宅で療養が可能な 程度に症状が安定し ているか(当面、在 宅での療養が可能で あると判断できる か。)	(該当する項目の番号を○印で囲んでください。)		
	1 在宅療養可能である 2 在宅療養困難である 理由		
その他特記事項			
令和 年 月 日			
医療機関名			
医療機関所在地			
診療担当科名		担当医師名	
		担当医師連絡先 電話番号 ()	

(裏面)

障害者総合支援法（地域生活支援事業）に基づく日常生活用具給付事業（難病患者等用）

医師の皆様へ

様におかれましては、日常生活用具の_____の給付の希望
があります。つきましては、本趣旨をご理解いただき、診断書にご記入くださるようお願いいたします。

《難病患者等の対象者》

- ① 難病患者等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるもの（※1）による障害の程度が厚生労働大臣が定める程度（※2）である者）
- （※1）難治性疾患克服研究事業の対象疾患及び関節リウマチ（障害者総合支援法施行令第1条別表に定める疾患）
- （※2）特殊の疾患による障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度
- ② 次の「日常生活用具の給付対象」の表中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
- ③ 介護保険等その他サービスの対象とならない者

《日常生活用具の給付対象》

種 目	対 象 者	性 能
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥創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。
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる用具を付帯し、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。
特殊尿器	自力で排尿ができない者	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できるもの。
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変換させるのに容易に使用できるもの。
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、容易に使用できるもの。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	下肢又は体幹機能に障害のある者	腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの。
便器	常時介護を要する者	難病患者等が容易に使用できるもの。（手すりをつけることができる。ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。）
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できるもの。ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような機能を有する手すり、スロープ等であって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もの。（歩行器を除く。）
特殊便器	上肢機能に障害のある者	足踏みペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものは除く。
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。
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障害のある者	難病患者等又は介護者が容易に使用できるもの。
ネブライザー	呼吸器機能に障害のある者	難病患者等又は介護者が容易に使用できるもの。
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できるもの。
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。

連絡先

尾道市 社会福祉課 障害福祉係
TEL (0848) 38 - 9125
Fax (0848) 38 - 9206