

倉敷市障がい者（児）日常生活用具給付診断書（難病患者等）

フリガナ  氏名		昭和 平成 令和  年 月 日生	
住所	倉敷市		
疾患名	(番号)		
日常生活用具を必要とする身体の状況等（該当の□にレ印をつけてください。）			
区分	1	2	3
排便動作	<input type="checkbox"/> 常時介助を要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 介助を要しない
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態	<input type="checkbox"/> 一時的に寝たきりの状態	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態にない
排尿動作	<input type="checkbox"/> 自力で排尿できない	<input type="checkbox"/> 一時的に自力で排尿できない	<input type="checkbox"/> 自力で排尿できる
入浴介助の必要度	<input type="checkbox"/> 入浴に介助を要する	<input type="checkbox"/> 入浴に一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 入浴に介助を要しない
体幹機能の障害	<input type="checkbox"/> 体幹機能に障害のある者	<input type="checkbox"/> 体幹機能に一部障害のある者	<input type="checkbox"/> 体幹機能に障害のない者
下肢機能の障害	<input type="checkbox"/> 下肢機能に障害のある者	<input type="checkbox"/> 下肢機能に一部障害のある者	<input type="checkbox"/> 下肢機能に障害のない者
上肢機能の障害	<input type="checkbox"/> 上肢機能に障害のある者	<input type="checkbox"/> 上肢機能に一部障害のある者	<input type="checkbox"/> 上肢機能に障害のない者
言語機能の障害	<input type="checkbox"/> 言語機能が喪失している者	<input type="checkbox"/> 言語機能が著しく低下している者	<input type="checkbox"/> 言語機能に障害のない者
呼吸機能の障害	<input type="checkbox"/> 呼吸機能に障害のある者	<input type="checkbox"/> 呼吸機能に一部障害のある者	<input type="checkbox"/> 呼吸機能に障害のない者
火災の感知能力の障害	<input type="checkbox"/> 火災の感知能力に障害のある者	<input type="checkbox"/> 火災の感知能力に一部障害のある者	<input type="checkbox"/> 火災の感知能力に障害のない者
人工呼吸器装着	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の装着を必要とする者	/	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の装着を必要としない者
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。）			
1 安定している                      2 安定していない〔                      〕			
※区分「2」に該当する場合は当該用具が必要な理由、使用効果見込み、意見等をご記入ください。			
上記のとおり診断します。			
令和    年    月    日			
所在地 _____			
医療機関名 _____			
医師氏名 _____ ○ _____			
電話    (      )      _____			

※原則として区分「1」の状態にある方が給付の対象となります。