様式第４号（第５条関係）

診　断　書（難病等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | 男・女 |
| 住　所 |  | | | |
| ○疾病名  ○合併症  ○主要症状  ○一般的事項　（血圧）　　　　　　　　（脈拍数）　　　　　　　（呼吸数）  ○服薬状況  ○在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否かについて記入してください。  　（当面、在宅での可能であると判断できるか）  　　　　　　可　　　　　・　　　　　不可  ○難病患者等居宅生活支援事業における医学上の留意点  　（１）ホームヘルパーによる便宜供与による医学上の留意点（禁忌事項等）  　（２）短期入所に当たっての医学上の留意点  　（３）日常生活用具を必要とする身体の状況及び必要とする器具名  　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　①便器　②特殊マット　③特殊寝台　④特殊尿器　⑤体位変換器　⑥入浴補助用具  　⑦車いす　⑧移動・移乗支援用具　⑨電気式たん吸引　⑩意思伝達装置　⑪吸入器（ネブライザー）　⑫移動用リフト　⑬居宅生活動作補助用具（住宅改修費）⑭特殊便器  ⑮訓練用ベッド　⑯自動消火器　⑰動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）  　（４）福祉キャブを利用する医学上の留意点（禁忌事項等）  上記のとおり診断します。  年　　　月　　　　日  病院又は診療所  所　在　地  診療担当科名  担当医師名 | | | | |