

指定難病 小児慢性特定疾病 (対象に)

| 個別申請書(自家発電機用) | | ※患者別に作成 | No. _____ |
|---|---|----------------|-----------|
| 患者(児)氏名 | 住所 | 電話番号 | |
| | | TEL. 携帯. | |
| 患者の主たる疾患名 | | 主たる介護者名(続柄等) | |
| | | () | |
| ※本件申請についての同意 | 在宅療養難病患者(児)の安全確保等を目的として、本調書内容について、個人情報保護のもと保健所、市町村、難病相談・支援センター、物品取扱業者へ情報提供を行うこともあります。 | | |
| 上記のとおり、本件申請について同意し、物品貸与を申請します。 | | 年 月 日 署名 | 印 |
| 他の行政制度の利用状況 | | | |
| <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳交付(級) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 利用している訪問看護ステーション | | 緊急時の一時受入対応医療機関 | |
| [名称] | | [名称] | |
| [所在地] | | [所在地] | |

※医療機関の意見

| | | |
|---|------------------|--|
| 上記の患者は、在宅で療養が可能な程度に病状は安定しています。 | 医療機関名 (主治医署名) | |
| 在宅療養指導管理料等の算定 | | |
| <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸指導管理料 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器加算(在宅指導管理材料加算) <input type="checkbox"/> その他() | | |

| 人工呼吸器の機種・型番 | | 内蔵バッテリー／持続時間 | |
|----------------|------|--------------|----|
| | | 有 ・ 無 | 時間 |
| 外部バッテリー(品名・型番) | 接続時間 | 人工呼吸器取扱業者 | |
| | 時間 | | |

《申請予定品目》 ※ 発電機での人工呼吸器直接使用は出来ません。申請に当たっては安全性について人工呼吸器取扱事業者と十分にご相談ください。

| 自家発電装置(機種名) | |
|---|------------|
| | |
| 家庭用プロパンガス契約業者(契約が無い場合→に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> なし | |
| [名称] | [担当者名] |
| [所在地] | [連絡先(緊急時)] |