

重症患者認定申請書

患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
疾患名			
特定疾患受給者番号 (新規申請者の場合は不要)		他疾患における受給の有無	有・無 (29・11)
障 害 の 状 況	対象部位	重症患者認定基準表に該当する障害の長期継続の状態	
	眼		
	聴器		
	肢 体		
	神 経 系		
	呼 吸 器		
	心 臓		
	腎 臓		
	肝 臓		
	血液・造血器		
	そ の 他		
添 付 す る 証 明 書 類	1. 重症患者認定申請用診断書 2. 身体障害者手帳 (1・2級) の写し (参考)		
登録医療機関 (重症移行申請の 場合のみ記載)	①	②	
	③	④	
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 令和 年 月 日 印 兵庫県知事 様 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 電子メールアドレス _____			

重症患者認定申請用診断書

患者名 _____ 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 男・女

疾患名 _____

患者の状態について、下記に該当する場合のみ○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	上記疾患により、重篤な状態、寝たきり又はこれに近い状態が長期間継続すると見込まれる。
<input type="checkbox"/>	上記疾患により、身体の機能障害が永続し、又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障がある。

疾患の経過	
-------	--

上記疾患により、対象部位別の重症度に該当し、その症状が**長期間（概ね6か月以上）継続する**ものと判断する。

対象部位	該当する対象部位を○で囲んだうえで、「病状の記載欄」及び「診断書2」に記入してください。
	1. 眼 2. 聴力 3. 肢体・神経系統 4. 呼吸器 5. 心臓 6. 腎臓 7. 肝臓 8. 血液・造血器 9. その他

病状の記載欄	<p>【記載における注意事項】</p> <p>①当疾患のみに起因する患者の症状及び治療状況を、検査値等も踏まえて詳細かつ具体的に記載すること。他疾患を併発している場合は、当疾患のみに起因する症状がどの程度のものか記載すること。</p> <p>②重症の症状及び治療内容が一時的なものではなく、長期間継続するかどうかについて記載すること。</p> <p>③治療効果の有無を記載するとともに、症状に関しては投薬効果がある状態を記載すること。</p>
--------	---

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話番号 _____

電子メールアドレス _____

担当医師 氏名 _____

※重症患者認定診断書2の疾患該当欄も必ず記入し、提出してください。

- 注) 1 この診断書により重症と認定された受給者は、上記疾患の治療等の健康保険医療費及び一部の介護保険利用料の自己負担分が全額免除されます。**(当疾患特異的治療に限る。)**
- 2 この診断書をもとに認定審査されますが、判定は審査会で総合的な見地から行います。
- 3 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがありますのでご注意ください。
- 4 診断書の有効期間は、記載日から起算して**3か月以内**です。