（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　岩手県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (申請医療機関)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　遷延性意識障がい者治療研究事業実施（新規・更新）申請書

　　岩手県遷延性意識障がい者治療研究事業実施要綱第７の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  患  者 | 氏　　名 |  | | | | 年　　月　　日生（満　　　歳） | | | | | | | 性　別 | 男・女 |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | 発病前  の職業 |  |
| 加入医療  保　　険 | 保険の種類 | 国保 ・ 健保 ・ 共済 ・ 船保 ・ 退職国保 ・ 後期高齢者 ・ その他（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  氏　　　名 |  | | | | | 被保険者  証の記号  と番号 | | |  | 対象患者  との続柄 | |  |
| 保  護  者 | 氏　　名 |  | | 住所 |  | | | | | | | 対象患者  との続柄 | |  |
| 発病原因 | | １．頭部外傷 　イ　交通事故、労災事故、その他（　　　　　　　　）  　　　　　　　 ロ　脳挫傷、脳幹挫傷、頭蓋内出血腫、その他（　　　　　　　　）  　　　　　　　 ハ　手術　　有　　無  ２．脳卒中 イ　脳出血、クモ膜下出血（脳動脈瘤、脳動静脈奇形）、その他（　　　　　）  　　　　　　　　ロ　脳梗塞、脳軟化症、その他（　　　　　　　　）  　　　　　　　　ハ　手術　　有　　無  ３．脳腫瘍 　イ　グリオーム、髄膜腫、松果体腫瘍、頭蓋咽頭腫、聴神経腫瘍、下垂体腫瘍  　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　）  　　　　　　　　ロ　大脳半球、大脳基底、脳底部、小脳、脳幹、その他（　　　　　　　　）  　　　　　　　　ハ　手術　　有　　無  ４．頭蓋内炎症　：　髄膜炎、その他（　　　　　　　　）  ５．神経疾患 　：　変性疾患、代謝性疾患、その他（　　　　　　　　）  ６．中　　　毒　：　一酸化炭素、農薬、有毒ガス、その他（　　　　　　　　）  ７．その他 　：　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 発病 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 意識障害発生 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 治療研究開始 | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | |
| 対象患者  の状況  （申請時の状  況を記入） | | 介　　　　　　　　護 | | | | | 褥瘡予防 | | 医療費 | | | | | |
| １　新看護等の届出状況  　　有（内容; 　　　　　　 )・　無  ２　新看護等の届出が無の場合の介護者  　　家族( 　　　 )、その他( 　　　 )  ３　介護状況　　昼　間　・ 夜　間 | | | | | １日当たり  のおむつ使  用枚数  　　　　枚 | | １　重度障害者医療　　該当　・　無  ２　老人保健法 　　該当　・　無  ３　低所得者世帯 　　該当　・　無 | | | | | |

　症　　状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断項目 | 現　　　　　　症　　（出来るだけ詳細に） | |
| １．自力移動が不可能 |  | |
| ２．声を出しても、意味のある  　発言は全く不可能 |  | |
| ３．眼を開け、手を握れという  　簡単な命令にはかろうじて応  　ずることもあるが、それ以上  　の意思疎通は不可能 |  | |
| ４．眼球はかろうじて物を追う  　こともあるが認識は不可能 |  | |
| ５．自力摂食が不可能 |  | １．中心静脈栄養実施  ２．経管栄養実施 |
| ６．糞及び尿は失禁状態 |  | |
| ７．経過（最近３ヵ月間） | 軽快　　　不変　　　徐々に悪化　　　急速に悪化 | |
| ８．その他参考となる事項 |  | |

　世帯構成員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 対象患者との続柄 | 職　　　　　業 | 前年分の所得額 | 摘　　　　　　要 |
|  | 対象患者本人 |  | 円 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　注　１　対象患者が属する世帯全員の住民票を添付すること。

２　対象患者並びにその配偶者及び当該患者と現に生計を一にする扶養義務者の前年分の所得額（前年分の所

　得額が確定していない場合は前々年分の所得額）を証明する書類を添付すること（ただし、継続申請の場合

　は、省略できる。）。

３　対象患者に係る直近の診療報酬明細書（写）を添付すること。

４　身体障害者手帳の写し（氏名、等級及び障害名が記載された部分）を添付すること。

５　治療研究開始は意識障害発生から３ヵ月以上経過していること。

６　発病原因欄の「ハ手術の有無」を必ず記入すること。