

遷延性意識障害者治療研究事業 実施・継続 申請書

年 月 日

宮城県知事 殿

治療研究機関 所在地
 " 名称
 " 長の氏名

遷延性意識障害者治療研究事業の（実施・継続）について、下記のとおり申請します。
 記

(主治医氏名)

意識障害者	氏名	性別	生年月日		
		男 女	年 月 日生 (才)		
	住所		職業 (障害発生前の主な職業)		
保護者	氏名	(TEL 局 -)		障害者との関係	
	住所	職業			
保険の種類 全船後組共国保労生その他 国員期合済(一・退・組)災保()		本人又は 家族の別		被保険者証 記号番号	
病名					
申請事項	発病原因	①頭部外傷	イ 交通事故 労災事故 その他の事故 ロ 脳挫傷 頭蓋内出血腫 その他 ハ 手術 (有 無) (手術年月日:)		
		②脳血管障害	イ 脳出血 くも膜下出血 脳動脈瘤 脳動脈奇形 その他 ロ 脳梗塞 その他 ハ 手術 (有 無) (手術年月日:)		
		③脳腫瘍	イ グリオーム 髄膜腫瘍 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 大脳基底核 脳底部 小脳 脳幹 ハ 手術 (有 無) (放射線療法 その他) (手術年月日:)		
		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 農薬及びその他の薬剤 有毒ガス その他			
	⑦その他	(低酸素脳症・その他 ())			
	発病	年 月 日	意識障害発症	年 月 日	
	治療研究 見込み期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			
	治療研究 の内容	介 護		受療助成費 (医療費)	
		昼間 準夜 深夜 泊込 (有 無) (家族 他人 その他)	褥瘡予防 有 無	月平均総医療費 円 医療費の内自己負担月額 円	
他制度適用等の状況 (該当するところにいくつでも○を付けてください。)	基準看護 看護給付承認 その他 ()		重度心身 その他 ()		
	国の自動車事故対策		国保等所得区分 (低所得 I・II, 一般, 上位所得) 共済等付加給付 (円を超える額) その他 ()		
	労・公務災害		労・公務災害		

他制度適用等の状況欄の「その他」該当の場合の説明 ()

症状

診断指針	現症及び処置方法（できるだけ詳細に）
1 自力移動が不可能である。	
2 自力摂食が不可能である。	
3 尿尿失禁状態にある。	
4 声を出しても意味のある発音がまったく不可能である。	
5 目を開け、手を握れと言う簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが、それ以上の意志の疎通が不可能である。	
6 眼球はかろうじて物を追っても認識はできない。	
7 意識障害発症に至る経緯・その他参考事項	

- (注) 1 該当する項目の番号、箇所をもらさず○で囲むこと。
 2 年齢は申請時の満年齢。
 3 保護者の住所は、申請者の住所と異なる場合のみ記載。
 4 症状記入の際は、診断指針の番号を○で囲み、現症及び処置方法をできるだけ詳細に記入すること。

主治医の意見

1 継続申請時のみ記入してください。	前回申請時と比べて		
	悪化	不変	反応あるいは反射出現
2 該当欄に○印を付してください。			± + ++

(添付資料) 意識障害者の住民票及び直近2か月分のレセプトの写しを添付してください。
 なお、認定審査及び交付額決定上必要とする資料の提出をお願いする場合があります。

(事務担当者) 所属 氏名 TEL () 内線