

福岡県児童福祉法施行細則(昭和28年福岡県規則第59号)新旧対照表

改正後		現行																																																																																																																																																																													
<p>別紙1(表面)</p> <p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療意見書別紙 (重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票)</p> <p>○重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票 共通記入事項</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>受給者番号</td> <td colspan="3">(新規申請の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td>患者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>年 月 日生(満 歳)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>○重症診断書 小児慢性特定疾病に起因して、下記の基準①又は基準②のいずれかに該当する場合のみ、「該当欄」に○をご記入ください。</p> <p><基準①> 下記に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続すると認められる場合</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>対象部位</th> <th>症状の状態</th> <th>該当欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>眼</td> <td>眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>聴器</td> <td>聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上肢</td> <td>両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一上肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一上肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>一上肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">下肢</td> <td>両下肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>両下肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>両下肢を足関節以上で欠くもの</td> <td>—</td> <td></td> </tr> <tr> <td>体幹・脊柱</td> <td>1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの</td> <td>1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肢体の機能</td> <td>身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</td> <td>一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><基準②> 基準①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の治療状況等の状態にあると認められる場合</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>疾患群</th> <th>治療状況等の状態</th> <th>該当欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>悪性新生物</td> <td>転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性腎疾患</td> <td>血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性呼吸器疾患</td> <td>気管切開管理又は挿管を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性心疾患</td> <td>人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>先天性代謝異常</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>神経・筋疾患</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性消化器疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群</td> <td>この表の他の治療状況等の状態に該当するもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>皮膚疾患</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨系統疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿管系疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記のとおり診断します。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 (自署又は記名押印)</p>		受給者番号	(新規申請の場合は記入不要)			患者	ふりがな				氏名	年 月 日生(満 歳)		疾病名				対象部位	症状の状態	該当欄	眼	眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの		聴器	聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの		上肢	両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの	両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの		一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの		一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の用を全く廃したのもの		下肢	両下肢の機能に著しい障がい有するもの	両下肢の用を全く廃したのもの		両下肢を足関節以上で欠くもの	—		体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの		肢体の機能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの		疾患群	治療状況等の状態	該当欄	悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの		慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの		慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの		慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの		先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの		皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		尿管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		<p>別紙1(表面)</p> <p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療意見書別紙 (重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票)</p> <p>○重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票 共通記入事項</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>受給者番号</td> <td colspan="3">(新規申請の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td>患者</td> <td>ふりがな</td> <td>男</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>女</td> <td>年 月 日生(満 歳)</td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>○重症診断書 小児慢性特定疾病に起因して、下記の基準①又は基準②のいずれかに該当する場合のみ、「該当欄」に○をご記入ください。</p> <p><基準①> 下記に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続すると認められる場合</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>対象部位</th> <th>症状の状態</th> <th>該当欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>眼</td> <td>眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>聴器</td> <td>聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">上肢</td> <td>両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一上肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>一上肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>一上肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">下肢</td> <td>両下肢の機能に著しい障がい有するもの</td> <td>両下肢の用を全く廃したのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>両下肢を足関節以上で欠くもの</td> <td>—</td> <td></td> </tr> <tr> <td>体幹・脊柱</td> <td>1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの</td> <td>1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肢体の機能</td> <td>身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</td> <td>一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><基準②> 基準①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の治療状況等の状態にあると認められる場合</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>疾患群</th> <th>治療状況等の状態</th> <th>該当欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>悪性新生物</td> <td>転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性腎疾患</td> <td>血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性呼吸器疾患</td> <td>気管切開管理又は挿管を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性心疾患</td> <td>人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>先天性代謝異常</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>神経・筋疾患</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>慢性消化器疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群</td> <td>この表の他の治療状況等の状態に該当するもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>皮膚疾患</td> <td>発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>骨系統疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿管系疾患</td> <td>気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>上記のとおり診断します。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 (自署又は記名押印)</p>		受給者番号	(新規申請の場合は記入不要)			患者	ふりがな	男			氏名	女	年 月 日生(満 歳)	疾病名				対象部位	症状の状態	該当欄	眼	眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの		聴器	聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの		上肢	両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの	両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの		一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの		一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の用を全く廃したのもの		下肢	両下肢の機能に著しい障がい有するもの	両下肢の用を全く廃したのもの		両下肢を足関節以上で欠くもの	—		体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの		肢体の機能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの		疾患群	治療状況等の状態	該当欄	悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの		慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの		慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの		慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの		先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの		皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		尿管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
受給者番号	(新規申請の場合は記入不要)																																																																																																																																																																														
患者	ふりがな																																																																																																																																																																														
	氏名	年 月 日生(満 歳)																																																																																																																																																																													
疾病名																																																																																																																																																																															
対象部位	症状の状態	該当欄																																																																																																																																																																													
眼	眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの																																																																																																																																																																														
聴器	聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの																																																																																																																																																																														
上肢	両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの	両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
下肢	両下肢の機能に著しい障がい有するもの	両下肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	両下肢を足関節以上で欠くもの	—																																																																																																																																																																													
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの																																																																																																																																																																													
肢体の機能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの																																																																																																																																																																													
疾患群	治療状況等の状態	該当欄																																																																																																																																																																													
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの																																																																																																																																																																														
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの																																																																																																																																																																														
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの																																																																																																																																																																														
皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
尿管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
受給者番号	(新規申請の場合は記入不要)																																																																																																																																																																														
患者	ふりがな	男																																																																																																																																																																													
	氏名	女	年 月 日生(満 歳)																																																																																																																																																																												
疾病名																																																																																																																																																																															
対象部位	症状の状態	該当欄																																																																																																																																																																													
眼	眼の機能に著しい障がい有するもの 視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの																																																																																																																																																																														
聴器	聴覚機能に著しい障がい有するもの 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの																																																																																																																																																																														
上肢	両上肢の機能に著しい障がい有するもの 両上肢の全ての指の機能に著しい障がい有するもの	両上肢の用を全く廃したのもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 両上肢の全ての指の機能を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	一上肢の機能に著しい障がい有するもの	一上肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
下肢	両下肢の機能に著しい障がい有するもの	両下肢の用を全く廃したのもの																																																																																																																																																																													
	両下肢を足関節以上で欠くもの	—																																																																																																																																																																													
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい有するもの																																																																																																																																																																													
肢体の機能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの																																																																																																																																																																													
疾患群	治療状況等の状態	該当欄																																																																																																																																																																													
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの																																																																																																																																																																														
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの																																																																																																																																																																														
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの																																																																																																																																																																														
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの																																																																																																																																																																														
皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														
尿管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの																																																																																																																																																																														

福岡県児童福祉法施行細則(昭和28年福岡県規則第59号)新旧対照表

改正後	現行																																																														
<p>別紙1(裏面)</p> <p>○人工呼吸器等装着証明書 人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、表面に記入されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。</p> <p>注1) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。</p> <p>注2) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に○をつけること。</p> <p>注3) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">① 人工呼吸器の使用について</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器装着の有無</td> <td>人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器の種類</td> <td>1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器</td> </tr> <tr> <td>施行状況(注3)</td> <td>1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行</td> </tr> <tr> <td>概ね1年以内に離脱の見込み</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 体外式補助人工心臓等の使用について</td> </tr> <tr> <td>体外式補助人工心臓等の装着の有無</td> <td>体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし</td> </tr> <tr> <td>体外式補助人工心臓等の装着の種類</td> <td>1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>施行状況(注3)</td> <td>1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行</td> </tr> <tr> <td>概ね1年以内に離脱の見込み</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 生活状況等の評価について</td> </tr> <tr> <td>生活状況の評価</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)</td> </tr> </table> <p>○療育指導連絡票</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">療 養 ・ 療 育</td> <td>療養上の問題点等</td> </tr> <tr> <td>県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)</td> </tr> </table>	① 人工呼吸器の使用について		人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし	人工呼吸器の種類	1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行	概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	② 体外式補助人工心臓等の使用について		体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし	体外式補助人工心臓等の装着の種類	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓	施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行	概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	③ 生活状況等の評価について		生活状況の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 	上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)		療 養 ・ 療 育	療養上の問題点等	県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)	上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)		<p>別紙1(裏面)</p> <p>○人工呼吸器等装着証明書 人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、表面に記入されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。</p> <p>注1) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。</p> <p>注2) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に○をつけること。</p> <p>注3) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">① 人工呼吸器の使用について</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器装着の有無</td> <td>人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器の種類</td> <td>1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器</td> </tr> <tr> <td>施行状況(注3)</td> <td>1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行</td> </tr> <tr> <td>概ね1年以内に離脱の見込み</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 体外式補助人工心臓等の使用について</td> </tr> <tr> <td>体外式補助人工心臓等の装着の有無</td> <td>体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし</td> </tr> <tr> <td>体外式補助人工心臓等の装着の種類</td> <td>1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓</td> </tr> <tr> <td>施行状況(注3)</td> <td>1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行</td> </tr> <tr> <td>概ね1年以内に離脱の見込み</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 生活状況等の評価について</td> </tr> <tr> <td>生活状況の評価</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)</td> </tr> </table> <p>○療育指導連絡票</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">療 養 ・ 療 育</td> <td>療養上の問題点等</td> </tr> <tr> <td>県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)</td> </tr> </table>	① 人工呼吸器の使用について		人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし	人工呼吸器の種類	1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行	概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	② 体外式補助人工心臓等の使用について		体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし	体外式補助人工心臓等の装着の種類	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓	施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行	概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	③ 生活状況等の評価について		生活状況の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 	上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)		療 養 ・ 療 育	療養上の問題点等	県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)	上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)	
① 人工呼吸器の使用について																																																															
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし																																																														
人工呼吸器の種類	1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器																																																														
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行																																																														
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし																																																														
② 体外式補助人工心臓等の使用について																																																															
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし																																																														
体外式補助人工心臓等の装着の種類	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓																																																														
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行																																																														
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし																																																														
③ 生活状況等の評価について																																																															
生活状況の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 																																																														
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)																																																															
療 養 ・ 療 育	療養上の問題点等																																																														
	県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)																																																														
上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)																																																															
① 人工呼吸器の使用について																																																															
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり(年 月から) 2. なし																																																														
人工呼吸器の種類	1. 気管チューブを介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器																																																														
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行																																																														
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし																																																														
② 体外式補助人工心臓等の使用について																																																															
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり(年 月から) 2. なし																																																														
体外式補助人工心臓等の装着の種類	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓																																																														
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行																																																														
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし																																																														
③ 生活状況等の評価について																																																															
生活状況の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 <p>【評価基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 																																																														
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)																																																															
療 養 ・ 療 育	療養上の問題点等																																																														
	県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)																																																														
上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)																																																															

福岡県児童福祉法施行細則(昭和28年福岡県規則第59号)新旧対照表

改正後				現行			
別紙2 重症患者認定申告書				別紙2 重症患者認定申告書			
ふりがな		生年月日	年 月 日生(満 歳)	ふりがな		性別 1. 男 2. 女	生年月日 年 月 日生(満 歳)
氏名				氏名			
添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証明書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他()			添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証明書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他()		
<基準①> すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限り)と認められる場合				<基準①> すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限り)と認められる場合			
対象の部位	該当箇所	症状の状態		対象の部位	該当箇所	症状の状態	
眼		眼の機能に著しい障がい(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)		眼		眼の機能に著しい障がい(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)	
聴器		聴覚機能に著しい障がい(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)		聴器		聴覚機能に著しい障がい(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)	
上肢		両上肢の機能に著しい障がい(両上肢の用を全く廃したもの)		上肢		両上肢の機能に著しい障がい(両上肢の用を全く廃したもの)	
		両上肢の全ての指の機能に著しい障がい(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)				両上肢の全ての指の機能に著しい障がい(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)	
下肢		一上肢の機能に著しい障がい(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)		下肢		一上肢の機能に著しい障がい(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)	
		両下肢の機能に著しい障がい(両下肢の用を全く廃したもの)				両下肢の機能に著しい障がい(両下肢の用を全く廃したもの)	
体幹・脊柱		両下肢を足関節以上で欠くもの		体幹・脊柱		両下肢を足関節以上で欠くもの	
		1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あくら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい(有するもの)				1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がい(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あくら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がらず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がい(有するもの)	
肢体の機能		身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したものと又は四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの)		肢体の機能		身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したものと又は四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの)	
<基準②> 基準①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合と認められる場合				<基準②> 基準①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合と認められる場合			
疾患群	該当箇所	治療状況等の状態		疾患群	該当箇所	治療状況等の状態	
悪性新生物		転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの		悪性新生物		転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの	
慢性腎疾患		血液透析又は腹膜透析(CAPD(持続携帯腹膜透析)を含む。)を行っているもの		慢性腎疾患		血液透析又は腹膜透析(CAPD(持続携帯腹膜透析)を含む。)を行っているもの	
慢性呼吸器疾患		気管切開管理又は挿管を行っているもの		慢性呼吸器疾患		気管切開管理又は挿管を行っているもの	
慢性心疾患		人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの		慢性心疾患		人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの	
先天性代謝異常		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		先天性代謝異常		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
神経・筋疾患		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		神経・筋疾患		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
慢性消化器疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの		慢性消化器疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3か月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの	
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群		この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群		この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの	
皮膚疾患		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		皮膚疾患		発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
骨系統疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		骨系統疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
脈管系疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの		脈管系疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	

福岡県児童福祉法施行細則(昭和28年福岡県規則第59号)新旧対照表

改正後	現行																																																						
<p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病指定医(指定・指定更新)申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">氏 名 〒 住 所 電話番号</p> <p>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)〔第7条の11・第7条の12〕の規定に基づき申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">生年月日</td> <td style="width:15%;">年 月 日</td> <td colspan="2" style="width:70%;"></td> </tr> <tr> <td>医籍登録番号</td> <td>医 籍 登 録 年 月 日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">記載 い ず れ か を</td> <td>① 専門医の名称</td> <td>専門医の認定機関(学会)</td> <td>専門医の有効期間 年 月 日迄</td> </tr> <tr> <td>② 研修の名称</td> <td>研 修 了 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合 ②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:20%;">勤務先の医療機関 (※1)</td> <td style="width:20%;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>(〒 ー)</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担当する診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定医番号(※2)</td> <td></td> </tr> </table> <p>※1 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関で、県管轄(北九州市、福岡市及び久留米市を除く。)にある勤務先を記載してください。</p> <p>※2 児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づく指定更新の際に、記載してください。</p> <p>添付書類</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経歴書(様式第5号の2) 2. 医師免許証の写し (裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。) 3. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し <p style="text-align: right;">(裏面に続く)</p>	生年月日	年 月 日			医籍登録番号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日		記載 い ず れ か を	① 専門医の名称	専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間 年 月 日迄	② 研修の名称	研 修 了 日	年 月 日	勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名		所在地	(〒 ー)	電話番号		担当する診療科名		指定医番号(※2)			<p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病指定医(指定・指定更新)申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">氏 名 〒 住 所 電話番号</p> <p>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)〔第7条の11・第7条の12〕の規定に基づき申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">生年月日</td> <td style="width:15%;">年 月 日</td> <td style="width:10%;">性 別</td> <td style="width:60%;">男・女</td> </tr> <tr> <td>医籍登録番号</td> <td>医 籍 登 録 年 月 日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">記載 い ず れ か を</td> <td>① 専門医の名称</td> <td>専門医の認定機関(学会)</td> <td>専門医の有効期間 年 月 日迄</td> </tr> <tr> <td>② 研修の名称</td> <td>研 修 了 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合 ②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width:20%;">勤務先の医療機関 (※1)</td> <td style="width:20%;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>(〒 ー)</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担当する診療科名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定医番号(※2)</td> <td></td> </tr> </table> <p>※1 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関で、県管轄(北九州市、福岡市及び久留米市を除く。)にある勤務先を記載してください。</p> <p>※2 児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づく指定更新の際に、記載してください。</p> <p>添付書類</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経歴書(様式第5号の2) 2. 医師免許証の写し (裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。) 3. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し <p style="text-align: right;">(裏面に続く)</p>	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	医籍登録番号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日		記載 い ず れ か を	① 専門医の名称	専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間 年 月 日迄	② 研修の名称	研 修 了 日	年 月 日	勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名		所在地	(〒 ー)	電話番号		担当する診療科名		指定医番号(※2)		
生年月日	年 月 日																																																						
医籍登録番号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日																																																					
記載 い ず れ か を	① 専門医の名称	専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間 年 月 日迄																																																				
	② 研修の名称	研 修 了 日	年 月 日																																																				
勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名																																																						
	所在地	(〒 ー)																																																					
	電話番号																																																						
	担当する診療科名																																																						
指定医番号(※2)																																																							
生年月日	年 月 日	性 別	男・女																																																				
医籍登録番号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日																																																					
記載 い ず れ か を	① 専門医の名称	専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間 年 月 日迄																																																				
	② 研修の名称	研 修 了 日	年 月 日																																																				
勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名																																																						
	所在地	(〒 ー)																																																					
	電話番号																																																						
	担当する診療科名																																																						
指定医番号(※2)																																																							

改正後

様式第5号(裏面)(第17条の4関係)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	

現行

様式第5号(裏面)(第17条の4関係)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	(〒 —)
	電話番号	
	担当する診療科名	

改正後

様式第5号の2(第17条の4関係)

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

年 月 日現在

フリガナ			生 年 月 日
氏 名			年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科名	従事した医療機関名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合計期間		計 年 か月	

現行

様式第5号の2(第17条の4関係)

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科名	従事した医療機関名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合計期間		計 年 か月	