

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)

○重症診断書、人工呼吸器装着証明書、療育指導連絡票 共通記入事項

受給者番号						(新規申請の場合は記入不要)
患者	ふりがな					年 月 日生(満 歳)
	氏 名					
疾 病 名						

○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><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>			
対象部位	症状の状態		該当欄
眼	眼の機能に著しい障がいをもつもの	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をもつもの	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をもつもの	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をもつもの	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もの	
	一上肢の機能に著しい障がいをもつもの	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もの	
下肢	両下肢の機能に著しい障がいをもつもの	両下肢の用を全く廃したもの	
	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をもつもの	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れず、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をもつもの	
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 四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの	
<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>			
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		
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		
<p>上記のとおり診断します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 医師氏名 (自署又は記名押印)</p>			

別紙1(裏面)

○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。

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。

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。

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。

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	<p>○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動</p> <p>【評価基準】</p> <p>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</p> <p>2. 部分介助 「1. 自立」と「3. 全介助」の間</p> <p>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</p>
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(自署又は記名押印)</p>	

○療育指導連絡票

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)
<p>上記のとおり連絡します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(自署又は記名押印)</p>	