

小児慢性特定疾病医療意見書 別紙
(重症患者認定意見書 兼 人工呼吸器等装着者申請時添付書類)

(共通記載事項)

患者	受給者番号	新規登録・更新・転入(前住所)			都 道 府 県	市 町 村
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日(歳)	
	氏 名					
疾病名					※裏面の人工呼吸器等装着者に該当する場合は、次のいずれかに○を付けること。 人工呼吸器 ・ 体外式補助人工心臓等	

○重症患者認定意見書

次の1又は2に該当するものがある場合、「記入欄」に○を付けてください。

1 上記の小児慢性特定疾病を主たる要因として、下記に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(概ね6箇月以上)継続すると認められる場合			
対象部位等	症 状 の 状 態		記入欄
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの	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害を有するもの	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害を有するもの	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害を有するもの	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害を有するもの	一上肢を上腕の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害を有するもの	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	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害を有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら、横座りのいずれもできないもの、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害を有するもの	
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、上記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害を残すもの	
2 上記1に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合			
疾患群	治 療 状 況 等 の 状 態		記入欄
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	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・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	気管切開管理又は挿管を行っているもの		
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・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		

○人工呼吸器等装着者申請時添付書類

人工呼吸器装着の場合は下記①及び③、体外式補助人工心臓等を使用の場合は下記②及び③に記入してください。

①人工呼吸器の使用について	
※ 人工呼吸器装着者とは、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている児童等をいいます。	
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 気管切開口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	1 施行 2 未施行
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	
施行状況	1 施行 2 未施行
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関わらず、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>