

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)

【明石市】

(共通記載項目)

患者	ふりがな	受給者番号					
	氏名	男・女	平成 令和	年	月	日生 (満	歳)
疾病名							

○重症患者認定意見書

小児慢性特定疾病を主たる要因として、下記の1又は2のいずれかに該当する場合のみ「○記入欄」に○を記入ください。

1. 下記に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(概ね6か月以上)継続すると認められる場合		
対象部位	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、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害を残すもの

2. 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	該当項目	○記入欄
悪性新生物	転移又は再発があり、かつ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胚不全状態にあるもの	
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2歳以上の児童において寝たきりのもの	
染色体及び遺伝子の 変化に関する症候群	上記の項目のいずれかに該当するもの	

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名

印

○人工呼吸器等装着者申請時添付書類

小児慢性特定疾病を主たる要因として、人工呼吸器、体外式補助人工心臓等を装着されており、認定要件に該当する場合のみ、下記にご記載ください（人工呼吸器を使用されている場合は下記①・③に、体外式補助人工心臓等を使用されている場合は下記②・③に記入ください）。

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（平成 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(常時) 2. 施行(その他：) 3. 未施行
1年以内の離脱の見込み	1. あり 2. なし (1に○がある場合は不承認となります)
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（平成 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
1年以内の離脱の見込み	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	○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
	【評価基準】 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。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 担当医師名 印	

「人工呼吸器等装着者」の認定要件について

小児慢性特定疾病医療費助成制度で認定されている疾病により、以下の状態が生じている場合が対象となります。

1. 継続して常時(※1)、生命維持管理装置(※2)を装着する必要がある方
かつ、
 2. 日常生活動作(食事、更衣、移乗・屋内での移動、屋外での移動)が著しく制限されている方(※3)
- 注) 上記1, 2の両方の要件を満たすことが必要です。

(※1) 継続して常時とは

24時間持続して生命維持装置を装着している方で、離脱の見込みがない方

(※2) 生命維持管理装置とは

- ・気管切開口式、鼻マスク式、顔マスク式の人工呼吸器を装着している方
- ・体外式の補助人工心臓(埋め込み式を含む)を装着している方

(※3) 日常生活動作が著しく制限されている方とは

「食事」、「更衣」、「移乗・屋内での移動」、「屋外での移動」について、原則、4項目全てが「部分介助」以上の方