

## 小児慢性特定疾病医療意見書 別紙

(人工呼吸器等装着者及び重症患者の状況)

(共通記載事項)

患 者	氏 名		疾 病 名	
	生年月日	年 月 日 ( ) 歳	診 断 項 目	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ・ <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓等 ・ <input type="checkbox"/> 重症患者 * 診断を行う項目に☑を付けてください。
	受給者番号	.....		

## ○人工呼吸器等装着者の状況

人工呼吸器を装着する場合は下記①及び③、体外式補助人工心臓等を装着する場合は下記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				
人工呼吸器装着の有無	1. あり( 年 月から)	2. なし		
人工呼吸器の使用法 (注2)	1. 気管チューブを介した人工呼吸器使用 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用			
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			
(注1) 人工呼吸器装着者とは、気管チューブ又は鼻マスク若しくは顔マスクを介して人工呼吸器を使用している者をいう。 (注2) 気管チューブとは口、鼻及び気管切開口を介して気管内に留置するチューブ、カニューラをいう。 (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。				
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	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 (注4)	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5)	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			
(注4) 体外式補助人工心臓等とは、体外式補助人工心臓及び埋込式補助人工心臓をいう。 (注5) 「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。				
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(※1)・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
	※1 移乗: ベッドから椅子、車椅子への移動 ※2 【評価基準】 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。 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 所在地				
名 称				
担当医師 氏 名				
※人工呼吸器等装着者の診断を行う場合のみ署名してください。				

※ 人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、認定されている疾病によって生じている場合に本意見書を提出してください。

○重症患者の状況(認定基準該当事項)

基準1又は基準2の該当事項について、「記入欄」に○を付け、又は必要事項を記載してください。

基準①		表面に記載の小児慢性特定疾病に起因し、次に掲げる「症状の状態」のうち1つ以上が概ね6箇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	視力 右( ) 左( )
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	聴力 右 dB 左 dB
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	無 ・ 有
	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	無 ・ 有
		両上肢の全て指の機能を全く廃したもの	無 ・ 有
	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	無 ・ 有 ( 右 ・ 左 )
一上肢の用を全く廃したもの		無 ・ 有 ( 右 ・ 左 )	
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	無 ・ 有
	両下肢を足関節以上で欠くもの		無 ・ 有
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害を有するもの	無 ・ 有
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	無 ・ 有 上肢( 右 ・ 左 ) 下肢( 右 ・ 左 )
		四肢の機能に相当程度の障害を残すもの(身体障害者手帳の1級、2級、障害年金1級程度)	無 ・ 有
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(表面に記載の小児慢性特定疾病が次の疾患群に該当する場合に限る。)			
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		転移( 無 ・ 有 ) 再発( 無 ・ 有 ) 部位( ) 治療内容( )
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		血液透析( 無 ・ 有 ) 腹膜透析( 無 ・ 有 )
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		気管切開管理( 無 ・ 有 ) 挿管( 無 ・ 有 )
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		人工呼吸管理( 無 ・ 有 ) 酸素療法( 無 ・ 有 )
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		発達・知能指数( ) 1歳以上で寝たきり( 無 ・ 有 )
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		発達・知能指数( ) 1歳以上で寝たきり( 無 ・ 有 )
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		気管切開管理( 無 ・ 有 ) 挿管( 無 ・ 有 ) 3月以上常時中心静脈栄養が必要( 無 ・ 有 ) 肝不全状態( 無 ・ 有 )
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		発達・知能指数( ) 1歳以上で寝たきり( 無 ・ 有 )
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		気管切開管理( 無 ・ 有 ) 挿管( 無 ・ 有 ) 1歳以上で寝たきり( 無 ・ 有 )
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		気管切開管理( 無 ・ 有 ) 挿管( 無 ・ 有 ) 1歳以上で寝たきり( 無 ・ 有 )
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	上記いずれかの疾患群の「治療状況等の状態」に該当するもの		該当する疾患群( ) * 該当する疾患群の欄に所見を記載してください。
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関 所在地 名称 担当医師 氏名			
※重症患者の診断を行う場合のみ署名してください。			