

(別紙様式第2号3号共通)

小児慢性特定疾病医療意見書 別紙

〈八尾市〉

(別紙様式第2号)

(療育指導連絡票、重症患者認定意見欄および人工呼吸器等装着証明 共通様式)

(療育指導連絡票、重症患者認定意見欄および人工呼吸器等装着証明 共通記載項目)

受給者番号		新規登録	・	継続	・	転入()
患者	ふりがな	男 ・ 女	年 月 日生 (満 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、 どちらかに○印記載 人工呼吸器 ・ 体外式補助人工心臓等					

○療育指導連絡票

療 養 ・ 療 育	療養上の問題点など	
	保健所で行ってほしい指導等 (例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介・家族会の紹介等)	
上記のとおり連絡する。		
年 月 日	医療機関名称	印
	医師氏名 (自署もしくは記名押印)	印

○重症患者認定意見書

次の①もしくは②に該当するものがある場合、「○記入欄」に○を記入してください。
なお、重症患者認定意見欄に記入した場合は、下欄に自署もしくは記名押印してください。

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がいがあるもの	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があるもの	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があるもの	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がいがあるもの	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
下 肢	一上肢の機能に著しい障がいがあるもの	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
	両下肢の機能に著しい障がいがあるもの	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	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があるもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又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又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があるもの
肢 体 の 機 能	一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの
	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、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	四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの
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、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20以下、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20以下、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 及 び 遺 伝 子 の 変 化 に 関 する 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20以下、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	
上記のとおり診断する。		
年 月 日	医療機関名称	印
	医師氏名	印
※該当する場合のみ、必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください		

(療育指導連絡票、重症患者認定意見欄および人工呼吸器等装着証明 共通様式)

○人工呼吸器等装着証明書

人工呼吸器装着の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等を使用の場合は下記②・③に記入。

①人工呼吸器の使用について	
※人工呼吸器装着者とは、気管チューブを介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいい、なおかつ、連日おおよそ24時間継続して人工呼吸管理が必須な症例で概ね1年以内に離脱の見込みがない状態を指します。(但し酸素送与の有無は問わない)	
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	1. 24時間継続的に施行 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(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	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓
施行状況	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	○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. 部分解除 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	医療機関名称 印
	医師氏名 印

※該当する場合のみ、必ず医師の直筆の署名及び押印をしてください

※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診断書を提出してください。