

(表)

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書

※「小児慢性特定疾病重症患者認定申請書」欄は申請者が、「診断書」欄は担当医師が記入してください。

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書 (申請者が記入してください。)

(宛先) 港区長

関係書類を添えて重症患者認定を申請します。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

患者氏名

受給者証の受給者番号

生年月日

年 月 日

(新規申請の場合は記入不要です。)

疾病名

患者の状態について該当する番号を○で囲んでください。1及び2に該当する場合は、その対象部位も記入してください。

- 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳1級若しくは2級又は障害者年金証書1級の認定を受けている。(1に該当する場合は、身体障害者手帳1級若しくは2級の写し又は障害者年金証書1級の写しを添付してください。この場合は、「診断書」欄に担当医師が記入する必要はありません。)
- 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳1級若しくは2級又は障害者年金証書1級と同程度の状態である。(2に該当する場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。)
- 上記疾病により、その属する疾患群の重症患者認定基準の項目に該当する。(3に該当する場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。ただし、新規又は更新の申請と同時に本申請を行う場合であつて、小児慢性特定疾病医療意見書に必要事項の記入があるときは、「診断書」欄に担当医師が記入する必要はありません。)

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

- 全ての疾患において、次に掲げる症状のうち、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

対象部位	症状の状態
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又は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以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)
	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)
体幹・脊柱	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、体幹の機能に座つてい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つて、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又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)

- 1に該当しない場合であつて、次に掲げる各疾患群の項目に該当する場合

疾患群	該当項目	疾患群	該当項目
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	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	慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行つているもの、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
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行つているもの	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
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行つているもの	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
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	骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行つているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
		脈管系疾患	

(裏)

診断書 (担当医師が記入してください。)

患者氏名

疾病名

1 小児慢性特定疾病を重症患者認定基準 (表面参照) 1 に該当する場合は、次の項目を記入してください。ただし、身体障害者手帳 1 級若しくは 2 級又は障害者年金証書 1 級の認定を受けており、手帳又は証書の写しを添付できる場合は、記入する必要はありません。

対象部位別の重症患者に該当し、長期間 (おおむね 6 か月以上) 継続すると判断します。

(1) 対象部位 (該当する対象部位を○で囲み、下欄の必要事項を記入してください。)

眼 聴器 上肢 下肢 体幹・脊柱 肢体の機能

(2) 鑑別診断

眼の障害 (下表に掲げる項目のうち、いずれか 1 つ以上の所見があるもの)

①	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 ()
②	周辺視野角度 (I/4 視標による。) の総和が左右眼それぞれ 80 度以下かつ両眼中心視野角度 (I/2 視標による。) が 28 度以下のもの	周辺視野角度: 右 度、左 度 両眼中心視野角度 度
③	両眼開放視認点数が 70 点以下かつ両眼中心視野視認点数が 20 点以下のもの	両眼開放視認点数 点 両眼中心視野視認点数 点

聴器の障害 (下表に掲げる所見があるもの)

①	両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの	聴力レベル: 右 デシベル、左 デシベル
---	-------------------------	----------------------

肢体の障害 (下表に掲げる項目のうち、いずれか 1 つ以上の所見があるもの)

上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの	① 両上肢の機能を全く廃したものと	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	② 両上肢の全ての指を基部から欠いているものと	無・有
		③ 両上肢の全ての指の機能を全く廃したものと	無・有
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの	④ 一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くものと	無・有 (右・左)
		⑤ 一上肢の機能を全く廃したものと	無・有 (右・左)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの	⑥ 両下肢の機能を全く廃したものと	無・有
	両下肢を足関節以上で欠くもの	⑦ 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	⑧ 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	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要する症状が、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	⑨ 一上肢及び一下肢の機能を全く廃したものと	無・有 上 (右・左) 下 (右・左)
		⑩ 四肢の機能に相当程度 (身体障害者手帳 1 級若しくは 2 級又は障害者年金証書 1 級程度) の障害を残すもの	無・有

2 小児慢性特定疾病重症患者認定基準 (表面参照) 2 に該当する場合は、次の項目を記入してください。ただし、新規又は更新の申請と同時に本申請を行う場合で、小児慢性特定疾病医療意見書に必要事項の記入があるときは、記入する必要はありません。

上記疾病を主たる要因として、対象疾患群の重症患者に該当すると判断します。

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	移転 (無・有 (部位:)) 再発 (無・有)、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 (未実施・実施) 腹膜透析 (未実施・実施)
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 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施)
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 (未実施・実施) 酸素療法 (未実施・実施)
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 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 3 月以上常時中心静脈栄養を必要とする (無・有) 肝不全状態にある (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)
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	該当する疾患群 () ※所見については該当する疾患群の項目に記入してください。
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 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 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 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 1 歳以上で寝たきり (無・有)

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師氏名

印

注 1 この重症患者認定申請書兼診断書により重症認定した患者は、上記疾病の治療に係る保険医療費の自己負担分が軽減されます。

注 2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は、認定できないこともありますので御注意ください。

注 3 診断書の有効期間は、記載日から 3 か月です。