

小児慢性特定疾病重症患者認定診断書 ※医師がご記入ください。

| | | | |
|--------|---|----|-------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 対象児童氏名 | | | 年 月 日生(歳) |
| 疾病名 | | | |
| 障害の部位 | 眼 | 聴器 | 上肢 下肢 体幹・脊椎 肢体の機能 |

| 鑑別診断 | | | |
|-----------------|---|--|-------------------|
| 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100dB以上のもの) | 聴力レベル : 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) | 有・無 |
| | 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) | 有・無 |
| | | (両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの) | 有・無 |
| | 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) | 有・無 (右・左) |
| (一上肢の用を全く廃したもの) | | 有・無 (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) | 有・無 |
| | 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) | 有・無 |
| 体幹・脊椎 | 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) | 有・無 |
| 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、この表の項(目及び聴器の項を除く)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の、四肢の機能に相当程度の障害を残すもの) | 有・無 |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 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(有(部位:)・無)、再発(有・無)、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(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(有・無) |
| 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(有・無) |
| 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、三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(有・無) 肝不全状態にある(有・無) |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | この表の他の項目の治療状況等の状態に該当するもの | ()に該当 |
| 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(有・無) |
| 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(有・無) |
| 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(有・無) |

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定医療機関所在地
(電 話 番 号)
指定医療機関名
指 定 医 番 号
()
指 定 医 氏 名

