

【医療意見書別紙】重症患者認定申告及び人工呼吸器等装着者証明時添付書類

受給者番号()		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地:)	
ふりがな		生年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
患者氏名			
医療意見書に記載されている 疾病名(細分類病名)		告示番号	
該当項目に○を記入※		重症患者 人工呼吸器 体外式補助人工心臓等	
※重症患者に○を記入の場合は下記の「A. 重症患者添付書類記入欄」A①又はA②に記入してください。 ※人工呼吸器に○を記入の場合は下記の「B. 人工呼吸器等装着者添付書類記入欄」B①とB③に記入してください。 ※体外式補助人工心臓等に○を記入の場合は下記の「B. 人工呼吸器等装着者添付書類記入欄」B②とB③に記入してください。			

A. 重症患者添付書類記入欄 (該当項目に○を記入してください。)

A① 上記の疾病を主たる要因として、次に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(おおむね6か月以上)継続すると認められる場合			A② A①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		
対象部位	症状の状態	該当に○	疾患群	該当項目	該当に○
眼	視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの		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	
	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	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの		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	
上肢	両上肢の用を全く廃したものの		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	
	両上肢の全ての指を基部から欠いているもの		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	
	両上肢の全ての指の機能を全く廃したものの		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	
	一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの				
下肢	一上肢の用を全く廃したものの		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	
	両下肢の用を全く廃したものの				
体幹・脊柱	両下肢を足関節以上で欠くもの		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、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	
	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		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	
	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		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	
肢体の機能	一上肢及び一下肢の用を全く廃したものの		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	
	四肢の機能に相当程度の障害を残すもの				

B. 人工呼吸器等装着者添付書類記入欄 (該当項目に○を記入してください。)

B① 人工呼吸器の使用について		B② 体外式補助人工心臓等の使用について		
人工呼吸器装着の有無	1. あり(年 月から) 2. なし	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	
人工呼吸器の種類	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	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. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 未施行	施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 未施行	
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし	
B③ 生活状況等の評価について				
生活状況の評価 《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	○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(ベッドから椅子、車椅子への移動)	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	

上記の通り診断します。	医療機関名
	及び所在地
記載年月日: 年 月 日	医師名

1 重症患者認定基準に該当する場合又は人工呼吸器等装着者認定基準に該当する場合に本医療意見書別紙を提出してください。
2 人工呼吸器装着者とは、気管切開口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で、人工呼吸器を一日中装着し、離脱の見込みがないものをいう。
3 本医療意見書別紙は医療意見書の別紙として、医療意見書とともに小児慢性特定疾病指定医が記載してください。