

寢屋川市

小児慢性特定疾病医療意見書 別紙
(重症患者認定申告書)

ふりがな		生年月日	年	月	日生（満 歳）
氏名					

①高額かつ長期

高額治療継続者の認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援（支給認定を受けた月以後のものに限る。）につき、医療費総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月数が6回以上ある者をいう。

添付書類	1. 自己負担上限月額管理票 2. その他（ ）
------	--

②重症度

添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証明書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他（ ）
------	---

基準①

すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合

対象の部位	該当箇所	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）
		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）
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）
		両下肢を足関節以上で欠くもの
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又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

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

疾患群	該当箇所	治療状況等の状態
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が二十以下であるもの又は一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が二十以下であるもの又は一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、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
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
皮膚疾患		発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一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一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一歳以上の児童において寝たきりのもの

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 : ()

医師の氏名

記載年月日： 年 月 日

小児慢性特定疾病医療意見書 別紙
(人工呼吸器等装着者証明書)

ふりがな			生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
氏名						
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器					
	体外式補助人工心臓等					
(注) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。						
①人工呼吸器の使用について (注1) 人工呼吸器装着者とは、気管チューブを介して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、鼻およ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。						
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					
②体外式補助人工心臓等の使用について (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。						
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					
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					
医療機関名						
医療機関所在地						
電話番号 : ()						
医師の氏名 記載年月日: 年 月 日						

※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証明書を提出してください。