

小児慢性特定疾病医療意見書 別紙
(療育指導連絡票兼重症患者認定意見書兼人工呼吸器等装着者証明書)

〈東大阪市〉

共通記載項目 (必ずご記入ください。)

受給者番号		疾病名	
患者	ふりがな 氏名	年 月 日生	歳)

○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
	医師氏名 (自署)

○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状態のうち、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		○記入欄
対象部位	症状の状態	
眼	眼の機能に著しい障がいをも有するもの 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がいをも有するもの 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がいをも有するもの 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がいをも有するもの 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの 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をも有するもの 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をも有するもの 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 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がいをも有するもの 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がいをも有するもの	
肢体の機能	身体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	
	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、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合		○記入欄
疾患群	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	
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	
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	
	医師氏名	
※該当する場合のみ、必ず医師の直筆の署名をしてください		

