



福岡医発第1530号(地)

平成30年 8月25日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）
の改正について

今般、厚生労働省告示の改正等に基づき小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）が下記のとおり改正された旨、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より別添のとおり連絡がありました。

本改正に伴い、今後、北九州市・福岡市・久留米市以外の福岡県域に居住する患者の方の重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）は別紙様式を使用いただきますようお願いいたします。北九州市・福岡市・久留米市に居住する患者の方の重症診断書については、各自治体のホームページ等をご参照下さい。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、北九州市・福岡市・久留米市以外の福岡県域の小児慢性特定疾病指定医が勤務する医療機関に対しては、別添のとおり同課より直接通知されておりますことを申し添えます。

記

【主な改正内容】

- ・平成30年4月に追加された疾病群（骨系統疾患、脈管系疾患）の項目の追加
- ・眼の「症状の状態」の改正

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

30 疾病第1586号

平成30年7月27日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課)



小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）の改正について

本県の小児慢性特定疾病対策の推進につきましては、日頃から御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度厚生労働省告示の改正等に基づき小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）を改正しました。

つきましては、別紙のとおり小児慢性特定疾病指定医の勤務する医療機関に通知をお送りしますのでお知らせします。

お問い合わせ先

福岡県保健医療介護部

がん感染症疾病対策課がん・疾病対策係

電話 092-643-3317

FAX 092-643-3331



小児慢性特定疾病指定医の勤務する医療機関代表者 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長
(がん・疾病対策係)

小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）の改正について

本県の小児慢性特定疾病対策の推進につきましては、日頃から御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度厚生労働省告示の改正等に基づき小児慢性特定疾病の申請に係る重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）を下記のとおり改正しました。

北九州市・福岡市・久留米市以外の福岡県域に居住する患者の方の重症診断書（小児慢性特定疾病医療意見書別紙）は、今後、別紙様式をご使用いただきますようお願いいたします。

なお、北九州市・福岡市・久留米市に居住する患者の方の重症診断書につきましては、各自治体のホームページ等をご参照いただきますようお願いいたします。

記

【主な改正内容】

- ・平成30年4月に追加された疾患群（骨系統疾患、脈管系疾患）の項目の追加
- ・眼の「症状の状態」の改正

様式は県のホームページにも掲載しております。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/syouman-fukuoka1.html>

お問い合わせ先

福岡県保健医療介護部

がん感染症疾病対策課がん・疾病対策係

電話 092-643-3317

FAX 092-643-3331

小児慢性特定疾病医療意見書別紙

（重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票）

○重症診断書、人工呼吸器装着証明書、療育指導連絡票 共通記入事項

受給者番号									(新規申請の場合は記入不要)
患者	ふりがな							男	年 月 日生（満 歳）
	氏 名							女	
疾 病 名									

○重症診断書

小児慢性特定疾病に起因して、下記の基準①又は基準②のいずれかに該当する場合のみ、「該当欄」に○を記入ください。

＜基準①＞ 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			
対象部位	症状の状態		該当欄
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	両耳の聴カレベルが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	
		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	
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	
		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、各疾患群に関して以下の治療状況等の状態にあると認められる場合			
疾 患 群	治療状況等の状態		該当欄
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	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・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	気管切開管理又は挿管を行っているもの		
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの		
皮膚疾患	発達・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		
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名 印			
(自書又は記名押印)			

別紙 1（裏面）

○人工呼吸器等装着証明書

人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、表面に記入されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。

注 1）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。

注 2）気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類の欄は 1 に○をつけること。

① 人工呼吸器の使用について			
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり（ 年 月から） 2. なし		
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	1. 施行 2. 未施行		
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			
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 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			
施行状況	1. 施行 2. 未施行		
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		
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印 (自書又は記名押印)			

○療育指導連絡票

療養・療育	療養上の問題点等
	県（保健福祉環境事務所等）で行って欲しい指導等（例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等）
上記のとおり連絡します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印 (自書又は記名押印)	