

指 定 医 の 皆 様 へ

小児慢性特定疾病事業につきましては、平成26年5月に「児童福祉法の一部を改正する法律」（以下、「法」という。）が成立し、平成27年1月1日より新たな医療費助成制度として実施しているところです。新制度では、新たに107の疾病が医療費助成の対象となりました。

指定医の皆様には、以下の点にご留意いただき、小児慢性特定疾病の医療費助成の支給認定に必要な診断書（以下、「医療意見書」という。）の作成等につきまして、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

● 医療意見書の記入について

(1) 医療費助成の対象：同封の「厚生労働省告示第475号」（以下、「告示」という。）に規定される「疾病」又は「当該疾病に付随して発現する傷病」に対する医療

診断の際には・・・

- ① 告示で「疾病名」及び「疾病の状態の程度」をご確認ください。
 - ・「疾病名」が該当していても、「疾病の状態の程度」を満たさない場合には、医療費助成の対象にはなりません。
- ② 参考「診断の手引き」
 - ・ 疾病ごとに基準が示されています。
 - ・ 『小児慢性特定疾病情報センター』ホームページ
<http://www.shouman.jp/disease/>

(2) 「医療意見書」の様式：以下のホームページよりダウンロードしてお使いください。

- 『小児慢性特定疾病情報センター』ホームページ
<http://www.shouman.jp/medical/>

*** 医療意見書に以下の書類を添付し、保険診療で算定してください。**

＝「診療情報提供料」

① 必ず添付するもの

・ **療育指導連絡票** …… (医療意見書別紙1) ※

② 対象児童の状態により、添付が必要なもの

・ 人工呼吸器等装着者申請書兼証明書 …… (医療意見書別紙2) ※

・ 成長ホルモン治療意見書 …… (上ホームページよりダウンロード)

※ (別紙1) (別紙2) については、仙台市のホームページにも掲載しております。
適宜、ダウンロードしてお使いください。

(3) その他注意事項とお願い

- 1人の対象者が複数の疾病に罹患している場合、**疾病ごとに医療意見書が必要**です。
- 対象疾病の拡大に伴い、新たに制度の対象となる患児がいる場合、対象者への周知にご協力いただきますようお願い申し上げます。

● 指定医の各種申請手続きについて

(1) 変更の届出 ※

- 以下の申請事項変更が生じた場合、届出が必要です。

- ① 氏名
- ② 居住地
- ③ 連絡先
- ④ 医籍登録番号及び登録年月日
- ⑤ 担当する診療科名
- ⑥ 医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地

(2) 更新の届出 ※

- 指定の有効期間は、**別添通知書に記載**しております。
- 更新の届出がない場合、期間の満了によって、指定医の認定は失効されますのでご注意ください。

(3) 辞退の届出 ※

- 指定医の指定を辞退する場合、指定の辞退を希望する日から60日以上予告期間を設けて届出が必要です。

※ (1) ~ (3) の届出様式は、仙台市のホームページに掲載しております。
適宜ダウンロードしてお使いください。

(4) 指定医の公表について

- **勤務先医療機関及び氏名等を仙台市のホームページ等で公表**します。

《問い合わせ先》

仙台市子供未来局子供育成部子供保健福祉課母子保健係
電話：022-214-8189/FAX：022-214-8610

●医療費助成の対象として新たに追加された小児慢性特定疾病（107疾病）

疾患群	番号	疾病名	疾患群	番号	疾病名
慢性腎疾患	1	非典型溶血性尿毒症症候群	神経・筋疾患	55	ラフォア病
慢性呼吸器疾患	2	特発性間質性肺炎		56	脊髄小脳変性症
	3	肺胞微石症		57	小児交互性片麻痺
	4	閉塞性細気管支炎		58	変形性筋ジストニー
	5	リンパ管腫/リンパ管腫症		59	パントテン酸キナーゼ関連神経変性症
	6	先天性横隔膜ヘルニア		60	乳児神経軸索ジストロフィー
慢性心疾患	7	肺静脈狭窄症		61	乳児両側線条体壊死
	8	フォンタン術後症候群		62	先天性ヘルペスウイルス感染症
内分泌疾患	9	中枢性塩喪失症候群		63	先天性風疹症候群
膠原病	10	全身性エリテマトーデス		64	エカルディ・グティエール症候群
	11	皮膚筋炎/多発性筋炎		65	ラスムッセン脳炎
	12	抗リン脂質抗体症候群		66	難治頭回部分発作重積型急性脳炎
	13	ベーチェット病		67	多発性硬化症
	14	高安静脈炎		68	慢性炎症性脱髄性多発神経炎 /多巣性運動ニューロパチー
	15	多発血管炎性肉芽腫症		69	重症筋無力症
	16	結節性多発動脈炎		70	脊髄性筋萎縮症
	17	顕微鏡的多発血管炎		71	もやもや病
	18	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	慢性消化器疾患	72	家族性腺腫性ポリポージス
	19	再発性多発軟骨炎		73	潰瘍性大腸炎
	20	強皮症		74	クローン病
	21	混合性結合組織病		75	急性肝不全（昏睡型）
	22	家族性地中海熱		76	新生児ヘモクロマトーシス
	23	クリオピリン関連周期熱症候群		77	先天性門脈欠損症
	24	ブラウ症候群/若年発症サルコイドーシス		78	門脈・肝動脈瘤
	25	インターロイキンⅠ受容体拮抗分子欠損症		79	遺伝性肝炎
血液疾患	26	ファンconi貧血		80	短腸症
	27	再生不良性貧血		81	ヒルシュスブルグ病
免疫疾患	28	自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)		82	慢性特発性毒性腸閉塞症
神経・筋疾患	29	髄膜脳瘤		83	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
	30	脊髄髄膜瘤		84	腸管神経節細胞減少症
	31	仙尾部奇形腫		85	肝巨大血管腫
	32	滑脳症		86	総排泄腔遺残
	33	裂脳症		87	総排泄腔外反症
	34	全前脳胞症	染色体又は遺伝子 に変化を伴う症候群	88	コフィン・ローリー症候群
	35	中隔視神経形成異常症（ドモルシア症候群）		89	ソトス症候群
	36	ダンディー・ウォーカー症候群		90	スミス・マジニス症候群
	37	先天性水頭症		91	ルビンシュタイン・テイビ症候群
	38	ジュベール症候群関連疾患		92	歌舞伎症候群
	39	神経皮膚黒色症		93	ウィーバー症候群
	40	ゴーリン症候群（基底細胞母斑症候群）		94	コルネリア・デラング症候群
	41	フォンヒッペル・リンドウ病		95	ベックウィズ・ヴィーデマン症候群
	42	コケイン症候群		96	アンジェルマン症候群
	43	皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症		97	5p-症候群
	44	白質消失病		98	4p-症候群
	45	非症候性頭蓋骨縫合早期癒合症		99	18トリソミー症候群
	46	アベル症候群		100	13トリソミー症候群
	47	クルーゾン病		101	ダウン症候群
	48	遺伝性運動感覚ニューロパチー		102	CFC症候群
	49	デュシェンヌ型筋ジストロフィー		103	マルファン症候群
	50	エメリー・ドレイフス型筋ジストロフィー		104	コステロ症候群
	51	肢帯型筋ジストロフィー		105	チャージ症候群
	52	顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー	皮膚疾患	106	膿疱性乾癬(汎発型)
	53	シュワルツ・ヤンベル症候群		107	レックリングハウゼン病（神経線維腫症Ⅰ型）
	54	ウンフェルリヒト・レントホルク病			

療育指導連絡票

--	--	--

療育指導に関する医師の意見	保健所における療育指導の要否: 要 ・ 否
---------------	-----------------------

(保健所で行って欲しい指導等がある場合に, 該当する項目に○をつけ, 必要に応じて右欄に自由記載してください。)

保健所で行ってほしい指導等	1 家庭看護指導		
	2 食事・栄養指導		
	3 歯科保健指導		
	4 福祉制度の紹介		
	5 精神的支援		
	6 学校との連絡		
	7 家族会等の紹介		
	8 その他		

上記のとおり連絡します。

平成 年 月 日

仙台市長 殿	医療機関所在地 名称 医師氏名	印
--------	-----------------------	---

※「小児慢性特定疾病医療意見書」と併せて本書の「療育指導連絡票」を記入いただければ, 医療保険の診療情報提供料(I)の算定対象となります。

(人工呼吸器等装着者申請書)

ふりがな					
対象児童氏名		性別	1. 男 2. 女	生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳)
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				
<p>以上のとおり、人工呼吸器等装着者の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">仙台市長 殿</p>					

(人工呼吸器等装着者証明書欄)

①人工呼吸器の使用について

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) 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をいう。
 注3) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は欄は1に○をつけること。

人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり (平成 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 (平成 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. 部分解除 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 印 記載年月日：平成 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診断書を提出してください。