

【重症患者認定申請用診断書 2】

患者氏名

1. 眼の障害【下表①②のうち、いずれか1つ以上の所見があるもの】

①	両眼の視力の和が0.04以下のもの	視力：右：_____（矯正：_____）、左：_____（矯正：_____）
②	両眼の視野がそれぞれ10度以内で、かつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの	視野：右：_____度、左：_____度 損失率：_____%

2. 聴器の障害【下表の所見があるもの】

①	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの	聴力レベル：右 _____ デシベル、左 _____ デシベル
---	-----------------------	---------------------------------

3. 肢体の障害・神経系統の障害【下表①～⑩の所見と、病状の記載欄の内容から総合的に審査する】

※下記の症状は投薬した状態での症状であること。また、加齢や他疾患によるものでなくあくまで当疾患のみの症状であること

上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの	①	両上肢の用を全く廃したもの	無・有
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの	②	両上肢のすべての指を基部から欠き有効長が0のもの	無・有
		③	両上肢のすべての指の用を全く廃したもの	無・有
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの	④	一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの	無・有(右・左)
		⑤	一上肢の用を全く廃したもの	無・有(右・左)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの	⑥	両下肢の用を全く廃したもの	無・有
	両下肢を足関節以上で欠くもの	⑦	両下肢をショパール関節以上で欠くもの	無・有
体幹・脊柱	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	⑧	・腰掛、正座、あぐら、横すわりのいずれもができない	無・有
			・臥位又は坐位から自力のみで立ち上がれず、他人の介護又は器物の補助によりはじめて立ち上がることができる	無・有
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前①～⑧と同程度以上と認められる状態であって、日常生活活動が極端に制限される程度のもの	⑨	一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの	無・有 (上：右・左、下：右・左)
		⑩	四肢の機能に相当程度(身障1・2級程度)の障害を残すもの	無・有

4. 呼吸器の障害【下記A表に該当し、かつB表のいずれかに該当するもの】

A表	①	活動能力の程度がゆっくりでも少し歩くと息切れがする、又は息苦しくて身の回りのこともできない状態	無・有
----	---	---	-----

B表	②	予測肺活量1秒率が20%以下のもの (_____ %) (検査日： 年 月 日)
	③	動脈血ガス分析値の動脈血O ₂ 分圧55mmHg以下 検査日： 年 月 日、 年 月 日、 年 月 日 のもの又は動脈血CO ₂ 分圧60mmHg以上のもの O ₂ 分圧： _____ mmHg、 _____ mmHg、 _____ mmHg ※必ず複数回の検査成績を示すこと CO ₂ 分圧： _____ mmHg、 _____ mmHg、 _____ mmHg

5. 心臓の障害【浮腫、呼吸困難等の臨床症状があるうえで、更にC表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつ、D表に掲げる心臓疾患検査所見のうち、いずれか2つ以上の所見等があるもの】

※浮腫、呼吸困難等の臨床症状を“病状の記載欄”に詳細に記載すること

C表	①	安静時にも心不全症状又は狭心症症状が起り、安静からはずすと訴えが増強するもの	無・有
	②	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者で、身の回りのことはかろうじてできるが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの	無・有

D表	①	明らかな器質性雑音が認められるもの	無・有(所見： _____)
	②	X線フィルムによる計測(心胸郭計数)で60%以上のもの	無・有(_____ %) (検査日： 年 月 日)
	③	胸部X線所見で、肺野に高度うっ血所見のあるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	④	心電図で、陳旧性心筋梗塞所見のあるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑤	心電図で、脚ブロック所見のあるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑥	心電図で、完全房室ブロック所見のあるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑦	心電図で、第2度以上の不完全房室ブロック所見のあるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑧	心電図で、心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの	無・有(所見： _____) (検査日： 年 月 日)
	⑨	心電図で、ST低下が0.2mV以上の所見があるもの	無・有(_____ mV) (検査日： 年 月 日)
	⑩	心電図で、第Ⅲ誘導及びV1以外の誘導のTが逆転した所見があるもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑪	心臓ペースメーカーを装着したもの	無・有(検査日： 年 月 日)
	⑫	人工弁を装着したもの	無・有(検査日： 年 月 日)

6. 腎臓の障害【E表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつ、F表に掲げるうちいずれか1つ以上の検査成績の異常に該当するもの】

E表	①	尿毒症性心膜炎	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日)
	②	尿毒症性出血傾向	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日)
	③	尿毒症性中枢神経症状	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日)

F表	①	内因性クレアチニン・クリアランス値が10ml/分未満のもの	無・有(ml/分、検査日: 年 月 日)
	②	血清クレアチニン濃度が8mg/dl以上のもの	無・有(mg/dl、検査日: 年 月 日)
	③	血液尿素窒素が80mg/dl以上のもの	無・有(mg/dl、検査日: 年 月 日)

《注》人工透析療法施行中の者に係る腎機能検査成績は、当該療法実施前の成績による

7. 肝臓の障害【下記の(1)又は(2)を満たすもの】

- (1) G表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつH表に掲げるうちいずれか1系列以上の検査成績を示すもの
 (2) H表に掲げるうちいずれか2系列以上の検査成績が高度異常を示し、高度の安静を必要とするもの

G表	①	高度の腹水が存続するもの	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日、状況:)
	②	意識障害発作を繰り返すもの	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日、肝性昏睡: 度)
	③	胆道疾患で発熱が頻発するもの	無・有(期間: 年 月 日～ 年 月 日、状況:) ※頻発の状況について、“病状の記載欄”に具体的かつ詳細に記載すること。熱型表の添付が望ましい。

H表	系列	検査項目	高度異常値	異常値	
A	①	アルブミン(電気泳動法)	2.8g/dl 未満	2.8g/dl以上 3.8g/dl未満	g/dl (検査日: 年 月 日)
	②	γ-グロブリン(電気泳動法)	2.5g/dl 以上	1.8g/dl以上 2.5g/dl未満	g/dl (検査日: 年 月 日)
	③	ZTT(Kunkel法)	20単位 以上	14単位以上 20単位未満	単位 (検査日: 年 月 日)
B	④	ICG(15分値)	30% 以上	10%以上 30%未満	% (検査日: 年 月 日)
	⑤	血清総ビリルビン	5.0mg/dl 以上	1.0mg/dl以上5.0mg/dl未満	mg/dl (検査日: 年 月 日)
	⑥	黄疸指数(Meulengracht法)	30 以上	10以上 30未満	___ (検査日: 年 月 日)
C	⑦	GOT(Karmen法)	200単位 以上	50単位以上 200単位未満	単位 (検査日: 年 月 日)
	⑧	GPT(Karmen法)	200単位 以上	50単位以上 200単位未満	単位 (検査日: 年 月 日)
D	⑨	ALP(Bessey法)	10単位 以上	3.5単位以上 10単位未満	単位 (検査日: 年 月 日)
	⑩	ALP(Kind-King法)	30単位 以上	12単位以上 30単位未満	単位 (検査日: 年 月 日)

8. 血液・造血器の障害【下記の(1)又は(2)を満たすもの】

- (1) I表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつJ表に掲げる①～④のうち3つ以上に該当するもの(貧血群)
 (2) K表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつL表に掲げるうち1つ以上の所見があるもの(出血傾向群)

I表	①	治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの(一時的なものは除く)	無・有 (期間: 年 月 日～ 年 月 日)
	②	輸血をひんぱんに必要とするもの(一時的なものは除く)	無・有 (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日) (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日) (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日)

J表	①	末梢血液中の赤血球像で、右のいずれかに該当するもの	血色素量が 6.0g/dl未満	g/dl (検査日: 年 月 日)
			赤血球数が 200万/mm ³ 未満	万/mm ³ (検査日: 年 月 日)
	②	末梢血液中の白血球像で、右のいずれかに該当するもの	白血球が 1,500/mm ³ 未満	/mm ³ (検査日: 年 月 日)
			顆粒球数が 500/mm ³ 未満	/mm ³ (検査日: 年 月 日)
③	末梢血液中の血小板数で、右に該当するもの	血小板数が 1万/mm ³ 未満	万/mm ³ (検査日: 年 月 日)	
④	骨髓像で、右のいずれかに該当するもの	有核細胞が 2万/mm ³ 未満	万/mm ³ (検査日: 年 月 日)	
		巨核球数が 15/mm ³ 未満	/mm ³ (検査日: 年 月 日)	
		リンパ球が 60%以上	% (検査日: 年 月 日)	
		顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)が 10以上___	(検査日: 年 月 日)	

K表	①	高度の出血傾向又は関節症状のあるもの(一時的なものは除く) 無・有 (期間: 年 月 日～ 年 月 日) (所見:)
	②	凝固因子製剤を頻繁に輸注しているもの(一時的なものは除く) 無・有 (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日) (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日) (製剤名及び投与量:) (期間: 年 月 日～ 年 月 日)
L表	①	出血時間(デューク法)が10分以上のもの(一時的なものは除く) (分) (検査日: 年 月 日)
	②	血小板数が3万/mm ³ 未満のもの(一時的なものは除く) 万/mm ³ (検査日: 年 月 日) (※複数回の検査結果を記載すること) 万/mm ³ (検査日: 年 月 日) 万/mm ³ (検査日: 年 月 日)