

重症度認定申請書 兼 診断書

申請書は申請者が、診断書は担当医師が記入してください。

重症度認定申請書（申請者が記入してください。）

平成 年 月 日

東京都知事 殿
重症度認定を診断書を添えて申請します。

住所
申請者 氏名

患者氏名	受給者番号 (新規申請者は記入不要)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日			

疾病名

患者さんの状態について該当する番号を○で囲んでください。1についてはその対象部位も記入してください。

- 上記疾病により、(部位) に著しい障害を有し、身体障害1・2級、障害者年金1級の認定を受けている。
(この場合は、身体障害者手帳1・2級の写し 又は障害者年金証書1級の写しを添付してください。)
- 上記疾病により、重篤な状態、寝たきり又はこれに近い状態が継続すると見込まれる。
- 上記疾病により、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障がある。

診断書（担当医師が記入してください。）

疾病名

疾病の経過	
-------	--

上記疾病を主たる誘因として、対象部位別の重症度に該当し、長期間（おおむね6ヵ月以上）継続するものと判断する。

対象部位	<p>該当する対象部位を○で囲み、下欄及び裏面に御記入ください。 (別紙「重症認定対象疾病と障害の対応表」参照)</p> <p>眼 聴力 肢体・神経系統 呼吸器 心臓 腎臓 肝臓 血液・造血器 消化器 皮膚 免疫系</p>
------	---

病状の記載欄	

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
担当医師 氏名



裏面の該当部位にも必ず記入してください。

(注) 1 この診断書により東京都が重症認定した患者さんは、上記疾病の治療等の健康保険医療費及び一部の介護保険利用料の自己負担分が全額助成されます。
 2 記載日前6ヵ月以内の資料に基づき記入してください。
 3 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがありますので御注意ください。
 4 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヵ月以内です。

眼の障害 《下表に掲げる項目のうち、いずれか1つ以上の所見があるもの》

①	両目の視力の和が 0.04以下のもの	視力：右 _____ ()、左 _____ ()
②	両目の視野がそれぞれ10度以内で、かつ両目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： _____ %

聴力の障害 《下表に掲げる所見があるもの》

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 _____ 左 _____ デシベル
---	-----------------------	----------------------------

肢体の障害・神経系統の障害 《下表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもの》

上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの	①	両上肢の機能を全廃したもの	無・有
	両上肢のすべ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機能を全廃したもの	無・有
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの	④	一上肢の上腕の2分の1以上を欠くもの	無・有(右・左)
		⑤	一上肢の機能を全廃したもの	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	両下肢の機能を全廃したもの	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	腰掛け、正座、あぐら、横すわりのいずれもできないもの又は、臥位又は坐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又は補助により、初めて立ち上がることができる程度の障害を有するもの	無・有
肢体の機能	日常生活活動が極端に制限されるもの	⑨	一上肢及び一下肢の機能を全廃したもの (上：右・左 下：右・左)	無・有
		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

呼吸器の障害 《下表の①に該当し、かつ②～④のいずれかに該当するもの》

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
②	予測肺活量1秒率が20%以下のもの	所見 _____ % (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)
③	動脈血ガス分析値の動脈血O ₂ 分圧55mmHg以下のもの、又は動脈血CO ₂ 分圧60mmHg以上のもの(2回以上の検査成績を示すこと。)	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 O ₂ 分圧 _____ mmHg _____ mmHg _____ mmHg CO ₂ 分圧 _____ mmHg _____ mmHg _____ mmHg
④	いかなる負荷にも耐え得ないもの	無・有

心臓の障害 《浮腫、呼吸困難等の臨床症状があり、A表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があり、かつ、B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》

A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のある心臓病患者で、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

B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(心胸郭比)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(_____) (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V ₁ 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)

腎臓の障害 《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》

[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。

C表	①	尿毒症性心膜炎	無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	②	病毒性出血傾向	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)
D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 (ml/dl 検査日: 年 月 日)
	③	血液尿素窒素が80mg/dl以上のもの	無・有 (ml/dl 検査日: 年 月 日)

肝臓の障害 《下記の(1)又は(2)を満たすもの》

- (1) 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系列以上の検査成績の異常を示すもの
 (2) F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。

E表	①	高度の腹水が存在するもの	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)

F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)

血液・造血器の障害 《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①から④までのうち3つ以上に該当するもの
 (2) 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表に掲げるうちいずれか1つ以上の所見があるもの

G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	無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	②	輸血を頻繁に必要とするもの	無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

H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	白血球数が 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)	

I表	①	高度の出血傾向又は関節症状のあるもの	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	無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

J表	①	出血時間 (デューク法) が 10分以上のもの	分 (検査日: 年 月 日)
	②	血小板数が 3万/mm ³ 未満のもの	万/mm ³ (検査日: 年 月 日)

その他の障害（消化器・皮膚・免疫系）

消化器の障害

(1) 潰瘍性大腸炎 《下表K表の①及び②、③又は④を含む4項目以上を満たすこと》

K表	①	排便回数 6回以上/日	_____ /日	(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	②	顕血便 3+	_____	(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	③	発熱 37.5℃以上	_____℃	(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	④	頻脈 90/分以上	_____ /分	(年 月 日)
	⑤	貧血 Hb10g/dl 以下 (2回以上の検査値)	_____ g/dl (検査日: 年 月 日)	_____ g/dl (検査日: 年 月 日)
	⑥	赤沈 30mm/時 以上 (2回以上の検査値)	_____ mm/時 (検査日: 年 月 日)	_____ mm/時 (検査日: 年 月 日)
		又はCRP 1mg/dl 以上	_____ mg/dl (検査日: 年 月 日)	_____ mg/dl (検査日: 年 月 日)
⑦	手術後回腸囊炎	無・有 (時期: 年 月 日)	(手術日: 平成 年 月 日)	

(2) クロウン病 《下記のL表の①及び②を含む4項目以上を満たすこと》

L表	①	著しい栄養低下	無・有 (T. P. _____ g/dl ・ Alb _____ g/dl)	(検査日: 年 月 日)
	②	頻回の下痢 6回以上/日	_____ 回/日	(検査日: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	③	広範な小腸病変	無・有 (_____)	(確認時期: 年 月 日)
	④	腸管の高度な狭窄	無・有 (_____)	(確認時期: 年 月 日)
	⑤	瘦孔形成/膿瘍	無・有 (_____)	(確認時期: 年 月 日)
	⑥	大量出血	無・有 (_____)	(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	⑦	直腸狭窄を伴うような高度な肛門病変	無・有	(期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

皮膚の障害（天疱瘡） 《下記のM表の合計点数が7点以上であること》

M表	①	皮膚病変部の面積	_____ %
	②	天疱瘡抗体価	_____ 倍
	③	口腔粘膜及び食道粘膜病変部	無・有 (部位 _____)

(注) 皮膚病変部の面積

3点 … 15%以上のもの、 2点 … 5%以上 15%未満のもの、 1点 … 5%未満のもの

天疱瘡抗体価

3点 … 320倍以上のもの、 2点 … 40倍以上 320倍未満のもの、 1点 … 40倍未満のもの

口腔粘膜及び食道粘膜病変部

3点 … あり (部位を明記)、 0点 … なし

免疫系の障害 《下記のP表のいずれかの疾患に該当すること。またはQ表に該当すること。》

P表	次のいずれかの診断に該当するもの (○をしてください。)	
	①	重症複合型免疫不全症、Wiskott-Aldrich症候群、Ataxia Teleangiectasia、DiGeorge症候群、慢性肉芽腫症、白血球接着不全症、先天性好中球減少症

Q表	治療に抵抗し、重症感染症を反復しているもの		無・有 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)
	①	罹患した感染症 (肺炎 ・ 髄膜炎 ・ 他 _____)	罹患頻度 (_____ 回/年)、 通院回数 (_____ 回/月)、 入院 (有・無)
		感染に起因する重大後遺症 (気管支拡張症 ・ 他 _____)	

重症認定対象疾病と障害の対応表（１）

別紙

◎：主要病態と考えられるもの ○：二次的病態によるもの

疾病番号	難病医療費助成対象疾病	眼	聴力	肢体	神経系	呼吸器	心臓	腎臓	肝臓	血液・造血器	その他
01	ベーチェット病	○		○	○						
02	多発性硬化症	○			○						
03	重症筋無力症				○						
04	全身性エリテマトーデス				○	○	○	○		○	
06	再生不良性貧血									◎	
07	サルコイドーシス	○			○	○	○		○		
08	筋萎縮性側索硬化症				◎						
09	強皮症					○	○	○			
093	皮膚筋炎・多発性筋炎			○		○	○				
10	特発性血小板減少性紫斑病									◎	
11	結節性動脈周囲炎				○	○	○	○			
12	潰瘍性大腸炎										◎
13	高安病（大動脈周囲炎）	○			○		○	○			
14	ビュルガー病（バージャー病）			◎							
15	天疱瘡										◎
16	脊髄小脳変性症				◎						
17	クローン病										◎
19	悪性関節リウマチ	○		◎		○	○				
20	パーキンソン病関連疾患				◎						
21	アミロイドーシス（原発性アミロイド症）	○			○		○	○	○		
22	後縦靭帯骨化症			◎	○						
23	ハンチントン病				◎						
24	モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）	○	○	○	◎						
25	ウエゲナー肉芽腫症	○			○	◎		○			
26	特発性拡張型心筋症						◎				
27	多系統萎縮症			○	◎		○				
28	表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型）			○							
29	膿疱性乾癬					○	○	○			
30	広範脊柱管狭窄症			◎	○						
31	原発性胆汁性肝硬変							○	◎		
33	特発性大腿骨頭壊死症			◎							
34	混合性結合組織病				○	○	○	○			
35	原発性免疫不全症候群	○	○		○					◎	◎
36	特発性間質性肺炎					◎					
37	網膜色素変性症	◎									
39	原発性肺高血圧症					◎	○				
40	神経線維腫症	○	○	○	○				○		
41	亜急性硬化性全脳炎			○	◎						
42	バッド・キアリ症候群								◎		
43	特発性慢性肺血拴塞栓症（肺高血圧型）	○				◎					
44	ライソゾーム病（ファブリー病を含む）			○	◎		○	○	○	○	
45	副腎白質ジストロフィー	○	○	○	◎						

※ 疾病番号 74以降については裏面をご覧ください。

(2008.6)

重症認定対象疾病と障害の対応表（２）

別紙

◎：主要病態と考えられるもの ○：二次的病態によるもの

疾病番号	難病医療費助成対象疾病	眼	聴力	肢体	神経系	呼吸器	心臓	腎臓	肝臓	血液・造血器	その他
74	進行性筋ジストロフィー			◎	○	○	○				
743	脊髄性筋萎縮症			◎	◎	○	○				
76	ウィルソン病	○		○	○			○	◎		
765	脊髄空洞症			○	◎						
77	悪性高血圧	○					○	○			
79	慢性炎症性脱髄性多発神経炎				○	○					
80	骨髄繊維症								○	◎	
81	ネフローゼ症候群							◎			
83	母斑症	○	○	○	○	○	○	○			
84	シェーグレン症候群							○			
85	多発性嚢胞腎							◎		○	
86	特発性門脈圧亢進症								○	○	
863	原発性硬化性胆管炎								◎		
866	肝内結石症								◎		
87	ミオトニー症候群	○		○			○				
88	特発性好酸球増多症候群			○	○	○	○	○			
883	アレルギー性肉芽腫性血管炎	○		○	○	○	○	○			
89	強直性脊椎炎	○		◎	○	○	○	○			
91	びまん性汎細気管支炎					◎					
92	ミトコンドリア脳筋症	○	○	○	○		○	○			
93	遺伝性（本態性）ニューロパチー	○	○	○	◎		○				
94	特発性肥大型心筋症（拡張相）						◎				
95	遺伝性QT延長症候群		○				◎				
96	先天性ミオパチー			○	○	○	○				
961	成人スティル病					○				○	
97	網膜脈絡膜萎縮症	◎									
98	自己免疫性肝炎								◎		

※ 疾病番号 01～45 については裏面をご覧ください。

(2008.6)