

産科医療補償制度

補償請求用 専用診断書

(補償認定請求用)

この診断書は、産科医療補償制度における補償認定請求時に必要な、脳性麻痺に関する診断書です。作成に際しては、以下の点にご注意ください。

<作成にあたっての注意点>

1. 産科医療補償制度では、この診断書は次のいずれかの条件を満たす医師が作成することとしています。
 - ① 身体障害者福祉法第十五条第一項の規定に基づく障害区分「肢体不自由」の認定に係る小児の診療等を専門分野とする医師
 - ② 日本小児神経学会の定める小児神経科専門医の認定を受けた医師
2. 児の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までに診断してください。ただし、重度脳性麻痺であるとの診断が可能な場合は、生後6ヶ月から診断してください。
3. 生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合は、本診断書の9頁及び10頁の「神経学的所見及び臨床経過」もあわせて記入してください。
4. 作成に際しては、「診断書作成マニュアル」を参考にしてください。
5. 不明な点等がありましたら、以下のお問い合わせ先までご照会ください。

補償の可否についての最終的な判断に関しては、産科医療補償制度の運営組織である財団法人日本医療機能評価機構が審査委員会において審査を行い、補償対象の認定を行います。

【診断書作成に関するお問い合わせ先】

財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度 審査・補償担当

TEL : 03-5217-3188

受付時間 : 9 : 00 ~ 17 : 00 (土日祝日除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

(総括表) 脳性麻痺診断書

氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日	男・女
				(歳	ヶ月)	
住所	〒		電話				
保護者氏名							

① 診断 (脳性麻痺)

痙直型 アテトーゼ型 失調型 低緊張型 混合型 その他 ()

② 等級区分: 「A1」「A2」「A3」「B1」「B2」「B3」のうち、永続的な状態として該当すると思われる項目の□にレ点を記入してください (複数選択可)。最終判断は審査委員会で行います。

産科医療補償制度障害程度等級表

	[1] 上肢不自由	[2] 下肢不自由	[3] 体幹不自由
A	<input type="checkbox"/> A1 両上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> A2 両下肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> A3 体幹の機能障害により座っていることができないもの
B	<input type="checkbox"/> B1 1) 両上肢の著しい障害 2) 一上肢の機能を全廃したもの	<input type="checkbox"/> B2 両下肢の著しい障害	<input type="checkbox"/> B3 1) 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2) 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの

③ 現在の身体測定値

・体重 (kg) ・身長 (cm) ・頭囲 (cm)

④ 新生児期からの障害の経過・現症

(生後6ヶ月から満1歳未満に診断する場合、本欄ではなく、9頁「神経学的所見及び臨床経過」の所定欄に記入してください。)

⑨ 除外基準（臨床所見及び検査結果より、**該当する項目**の口にレ点を記入してください。）

下記の各項目について、疾患等の有無を選択してください。これらの疾患等が**重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合**は（ ）内の口にレ点を記入してください。

先天性要因について「有」を選択した場合は、疾患名を〔 〕内に記入してください。また、脳奇形が「有」の場合は、両側性の広範な脳奇形の有無を選択してください。

なお、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についての最終判断は審査委員会で行います。

1. 先天性要因

- 1) 脳奇形 無 有 [疾患名：]
 *両側性の広範な脳奇形 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 2) 染色体異常 (G-バンドによる)
 *染色体検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *染色体検査を実施していない場合 染色体異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 3) 遺伝子異常
 *遺伝子検査を実施している場合 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 *遺伝子検査を実施していない場合 遺伝子異常を示唆する所見 無 有
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 4) 先天性代謝異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
- 5) 先天異常 無 有 [疾患名：]
 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

2. 分娩後に、妊娠、分娩とは無関係に発症した疾患等

- 1) 髄膜炎 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 2) 脳炎 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 3) その他の神経疾患 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 4) 虐待 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)
 5) その他の外傷等 無 有 (この疾患は重度の運動障害の主な原因でない)

上記のとおり診断する。

あわせて頭部画像フィルムまたは電子媒体のコピー (CT・MRI・エコー)、検査結果 (脳波・血液データ等) を別紙に付す。

西暦 年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

診療担当科名

科 医師氏名

印

[身体障害者福祉法第15条指定医 (肢体不自由) 小児神経科専門医]

脳性麻痺の状況及び所見

1. 神経学的所見、その他の機能障害の所見

*該当する項目の□にレ点を記入し、()内には所見・理由を記入してください。

1) 運動障害

- 痙性麻痺 不随意運動 運動失調 低緊張型脳性麻痺
その他 ()

***低緊張型脳性麻痺の場合**に、脳性であると考えられる所見・理由を記入してください。また、脊髄性または末梢神経障害、神経筋疾患（脊髄性筋萎縮症、筋ジストロフィー、先天性ミオパチー等）による運動障害ではないと考える所見・理由を記入してください。

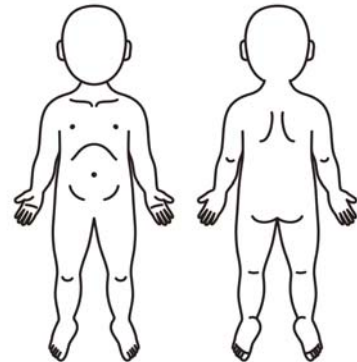
*腱反射等の状況については必ず記入してください。

()

2) 麻痺部位

- 四肢麻痺 両麻痺 両側片麻痺 対麻痺 三肢麻痺 片麻痺 単麻痺

*麻痺の発現部位に、斜線を記入してください。



3) 反射異常（該当する箇所○を記入してください。）

	無		有	
	右	左	右	左
バビンスキー反射				

	消失		減弱		正常		亢進	
	右	左	右	左	右	左	右	左
上腕二頭筋								
上腕三頭筋								
膝蓋腱反射								
アキレス腱反射								

4) 姿勢異常 無 有 ()

5) 関節拘縮 無 有 (部位:)

2. 動作・活動の状況及び所見（可能－○ 不可能－×を記入）

1) 下肢・体幹運動に関する項目

No	項 目	判定
1	頸がすわる（坐位で胸部を支えてもらって、頭を真っ直ぐに上げ3秒以上保持できる）	
2	横向きに半分寝返りをする（臀部と肩甲骨のいずれもが、床面から離れる）	
3	寝返りをする（背臥位から腹臥位へ、左右いずれかの一方ができれば可）	
4	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	
5	床の上で、後方から腰を支えると坐位を保持できる（腰部を両手で軽く支えてやると、手をつかずに、坐位を5秒以上保持できる）	
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	
7	介助して坐らせると、床に手をつけ、ひとりで坐る（5秒以上保持できる）	
8	介助して坐らせると、手をつかずに、ひとりで坐る（3秒以上）	
9	自分で、臥位から坐位へ起き上がる	
10	手をつかずに、ひとりで坐って、45度後方の玩具に手を伸ばせる	
11	四つ這いをするが、下肢を交互に動かさず、バニーホップやシャフリング（いざり這い）をする	
12	机等につかまって立ち上がる	
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	
14	こたつや手すり等につかまって、伝い歩きができる（5歩以上）	
15	歩行補助具（杖、歩行器）を使って、移動するが、方向転換時に介助を要する	
16	歩行補助具を使って、介助なしに移動する	
17	介助があれば、階段を上がれる	
18	下肢装具をつけずに、支持なしで、立位を保持できる（3秒以上）	
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	
20	下肢装具をつけずに、10歩、歩いて停止し、転ばずにもと居た場所に戻ってくる	
21	床から立ち上がり立位をとる	
22	手すりを使って、4段、階段を上がれる（同じ段に足をそろえずに）	
23	手すりを使わずに、4段、階段を上がれる（同じ段に足をそろえずに）	

2) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

3) 上肢運動に関する項目

No	項 目	判 定	
		右	左
1	手にふれたものをつかむ（明らかな反射は除く）		
2	手を口に持っていく		
3	手を開くことができる		
4	玩具等を少しの間、握って遊ぶ		
5	顔に掛けたハンカチをとる		
6	近くのを手を伸ばしてつかむ		
7	玩具等を持ちかえる		
8	哺乳瓶を自分で持てる		
9	小さなもの（乳児向けボーロ等）を親指と人差し指の指先でつまむ		
10	スプーンが持てる（3秒以上）		
11	リモコンのボタンを押せる		
12	知っているものを見て指でさす		
13	なぐり書きをする		
14	積み木を1つ積める		
15	積み木を2つか3つ積める		
16	お箸が持てる		

4) 「上肢運動に関する項目」についての備考欄

5) 姿勢や移動状況（坐位、臥位、車椅子移乗等）が確認できる全身の写真を写真貼付欄にのりづけしてください（複数枚可）。なお、写真の裏面に必ず氏名、生年月日を記入してください。

注: 写真は、医師が適切に選択し、焼き付けた写真を原則としますが、医師が必要であると判断した場合は動画も可とします。

検 査 結 果

頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、あわせてフィルムまたは電子媒体のコピーを添付してください。染色体検査、血液検査、その他の検査については、以下に記入するか、または検査データ等のコピーを貼付してください。コピーを貼付した場合、記入する必要はありません。

検査が未実施の場合は、その理由を必ず所定欄に記入してください。

1. 頭部画像検査（3回以上実施した場合には生後から早期、中期、最近の代表的な3回分を記入してください。）

頭部画像検査名 (MR I 又はCTを記入)	実 施 年 月 日	所 見
	. .	
	. .	
	. .	

2. 染色体検査（Gバンド検査）

実 施 年 月 日	結 果 (核型)
. .	

* 染色体検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。

3. 血液検査（最近の代表的なデータを記入してください。）

血液検査内容		実施年月日	検査結果
血算	WBC ($/\mu\ell$)	・	・
	RBC ($\times 10^4/\mu\ell$)	・	・
	Hb (g/dl)	・	・
	PLT ($\times 10^4/\mu\ell$)	・	・
肝機能	AST (GOT) (IU/l)	・	・
	ALT (GPT) (IU/l)	・	・
	LDH (IU/l)	・	・
	アンモニア ($\mu\text{g}/\text{dl}$)	・	・
血液ガス分析	該当に○を付す		動脈 ・ 静脈
	pH	・	・
	pO ₂ (mmHg)	・	・
	pCO ₂ (mmHg)	・	・
	HCO ₃ ⁻ (mEq/l)	・	・
	Base Excess (mEq/l)	・	・
	Anion Gap (mEq/l)	・	・
乳酸 (mg/dl)		・	・
ビリルビン酸 (mg/dl)		・	・
血漿アミノ酸分析	異常高値 (アミノ酸名)	・	・
	異常低値 (アミノ酸名)	・	・

* 血液検査を実施しなかった場合、その理由を必ず記入してください。
（一項目でも実施していない場合は、記入してください。）

4. 上記の検査以外に実施した検査（クレアチンキナーゼ（CK）、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー等があれば、その日付または年齢と検査結果を必ず記入してください。）

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

* 検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

SAMPLE

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

* 検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

SAMPLE

写 真 及 び 検 査 デ ー タ 貼 付 欄

* 検査結果・所見等には実施年月日が、写真には、氏名・生年月日が
記入されていることを確認し、貼付してください。

SAMPLE