

産科医療特別給付事業

「給付申請用 専用診断書」の留意点と記入例



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

この冊子は、診断書を作成する上での留意点と記入例についてまとめたものです。

「（１）（総括表）脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3・総括-4」、

「（２）検査結果：検査-1・検査-2」、

「（３）脳性麻痺の状況及び所見：所見-1・所見-2・所見-3」から構成されており、

左頁に診断書を作成する上での留意点や解説について、右頁に記入例について記載しています。診断書を作成する際にはこの冊子を参考に作成されるようお願いします。

(1)(総括表) 脳性麻痺診断書： 総括-1・総括-2・総括-3・総括-4

① 診断（脳性麻痺）

脳性麻痺の病型について、該当するものを選択してください。

アテトーゼ型には、錐体外路系のアテトーゼ、舞踏病様運動、バリズム、ジストニア等の症候を中心とした脳性麻痺が含まれます。

② 現在の身体測定値

診断書の記載日より1ヶ月以内の測定日および測定値を記入してください（体重、身長、頭囲の3項目を同一日に測定）。

③ 出生時から新生児期までの状況・経過

出生時から新生児期までの状況・経過について記入してください。出生時を含めた新生児期の状況については、家族からの情報等からわかる範囲で記入してください。

なお、NICUサマリーを添付する場合は、下欄の記入は不要です。

※ 産科医療補償制度に申請歴のある方は、NICUサマリー添付および記入は不要です。

④ 新生児期からの障害の経過・現症

新生児期から貴科受診までの経緯と、その後の経過や現在の状況について記入してください。経過の中で退行を認める場合は、頸定や寝返り、坐位保持、四つ這い等が可能になった年月齢を記入し、退行の原因と考えられる疾患等や運動発達の変化についてもわかる範囲で記入してください。

<例>

- リハビリテーション目的での受診である。
- 生後〇ヶ月に坐位保持が可能になったが、△歳で発症した疾患（例：ウエスト症候群、難治性てんかん等）が原因と考えられる退行を認めている。
- 1歳で軽症の急性脳症を発症したが、それ以前から運動障害を認めており、発症前後で運動発達の変化はみられなかった。

⑤ **その他参考となる合併症**

知的障害（精神発達遅滞）が「有」の場合は、精神発達の相当年齢をわかる範囲で 内に記入してください。

合併症が「有」の場合は、その内容について [] 内の該当する項目を選択してください。また、脳性麻痺以外の疾患で合併しているものがある場合は、「その他」に記入してください。視覚・聴覚障害がある場合も、「その他」に記入してください。

⑥ **治療及びリハビリテーションの状況**

治療及びリハビリテーションについて、現在の状況をわかる範囲で記入してください。治療、処置において、該当する項目すべてを選択してください。

<例>

- A C T H療法を施行した時期、訓練の内容、親子で通っている教室等 また、虐待等を疑う所見がある場合は、その所見を記入してください。

⑦ **日常生活及び介助の状況**

日常生活及び介助の状況について、該当する項目すべてを選択してください。

⑧ **家族歴**

血縁者（児の父母または兄弟姉妹に限る）の中に、児の運動障害に関連する可能性がある小児期からの運動機能障害または精神運動発達遅滞があるかどうかを、記入してください。

⑨ **その他の特記事項**

障害の程度や予後等について、特記すべき事項があれば記入してください。

⑤ その他参考となる合併症

- ・知的障害（精神発達遅滞） 無 有 →（精神発達： およそ 歳※ ヶ月 判定不能）
※「●歳」のみの判定でも可。ただし、判定が1歳未満の場合は、「0歳▲ヶ月」と記入してください。
- ・合併症 無 有 → 呼吸障害 嚥下障害 てんかん（點頭てんかん その他）
胃食道逆流症 その他（ ）

⑥ 治療及びリハビリテーションの状況

- 薬物使用有 [抗てんかん薬 筋弛緩薬 抗潰瘍薬等 向精神薬等 その他（**気管支拡張薬**）]
- 酸素使用有（常時 夜間のみ 必要時） 気管挿管・気管切開有
- 人工呼吸器の使用有（常時 夜間のみ 必要時）

医療機関受診	<input type="checkbox"/> 受診していない	<input type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 月に1~2回	<input type="checkbox"/> 月に3回以上
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 年に数回	<input checked="" type="checkbox"/> 月に1~2回	<input type="checkbox"/> 月に3回以上

■上記以外の状況について特記すべき事項があれば記入してください。

（虐待等を疑う所見があれば記入してください）

生後 5 ヶ月時に気管支炎にて 1 週間△△病院小児科に入院加療されている。

⑦ 日常生活及び介助の状況

- ・現在の主な生活場所 在宅（通所・通園・通学を含む） 病院 入所施設 その他（ ）
- ・日常生活の状況

食 事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 [<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助] <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 [<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他（ ）] <input type="checkbox"/> 経口摂取・経管栄養併用（経口摂取の介助状況及び経管栄養の内容については上部に記入してください） <input type="checkbox"/> 経静脈栄養
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ不要 [<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助] <input checked="" type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
洗面・更衣	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子・バギー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> その他（ ）

■上記以外の状況について特記すべき事項があれば記入してください。

全身の麻痺による寝たきりで、体位変換も含め全介助の状態である。周囲への関心は認めず、音および視覚的な刺激に対する反応は明らかではない。

⑧ 家族歴

■血縁者（児の父母または兄弟姉妹に限る）の中に、児の運動障害に関連する可能性がある小児期からの運動機能障害または精神運動発達遅滞があるかどうかを、記入してください。

該当する家族歴なしまたは不明

該当する家族歴がある（診断がついている場合は疾患名、そうでなければ症状、状態）

疾患名または症状、状態（ **アンジェルマン症候群** ） 児との続柄（ **姉** ）
 疾患名または症状、状態（ ） 児との続柄（ ）

⑨ その他の特記事項

■障害の程度や予後等について特記すべき事項があれば記入してください。

全身の強直発作を 1 日 1 回程度認める。全身の筋緊張が著明に亢進した重度の四肢麻痺の状態である。嚥下困難、排痰困難を伴い慢性呼吸不全の状態である。

⑩ 除外基準

検査結果や臨床所見から、該当する疾患等があると判断される場合は「有」を選択し、それ以外は「無」を選択してください。また、「有」を選択した場合は、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についても記入してください。重度の運動障害の主な原因と推定されるか否か判断が難しい場合は、「どちらとも言えない」を選択してください。

なお、該当する疾患等がある場合でも、一律に給付対象外とするのではなく、最終的には、審査委員会において事案ごとに判断します。

1. 先天性要因

児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常）が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合は、除外基準に該当します。脳奇形には、滑脳症、多小脳回、裂脳症、水（頭）無脳症等が該当します。

「1）脳奇形」から「5）先天異常」に該当する疾患について、有無を選択してください。

「有」を選択した場合は、右欄に疾患名を記入してください。また、この疾患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、右の「重度の運動障害の主な原因でない」を選択し、同じ頁の下部の欄にその判断理由等を記入してください。

<例>

●染色体検査でクラインフェルター症候群と判明しているが、性染色体の異常であり、運動発達に影響を及ぼす疾患ではないため。

<例>

●ダウン症に、明らかな脳性麻痺の症状が加わっており、脳性麻痺の影響で本事業に相当する障害が出ている。

1) 脳奇形

該当する疾患がある場合は、両側性の広範な脳奇形であるかについても診断を行い、有無を選択してください。脳奇形が片側性の場合は、疾患名を記入し、「両側性の広範な脳奇形」の「無」を選択してください。

2) 染色体異常

染色体検査（Gバンド検査）を実施している場合は、その結果に基づいて、疾患の有無を選択してください。染色体検査を実施していない場合は、以下をご参照ください。

- ・臨床所見等から、染色体異常なしと判断し、検査を実施していない場合は、「染色体異常を示唆する所見」の「無」を選択し、検査を実施していない理由を選択してください。
- ・臨床所見等から、染色体異常が疑われ、「染色体異常を示唆する所見」の「有」を選択し、染色体検査が必要と判断されたが、保護者の同意が得られないために検査を実施していない場合は、「その他」を選択し、（ ）内にその旨を記入してください。ただし、審査委員会において給付対象と認定できない場合や検査による確認が要請される場合がありますので、この点について保護者へご説明ください。

※検査結果報告書がある場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。

※検査結果報告書がない場合であっても、検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）がある場合は、必ず検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）を添付してください。

3) 遺伝子異常

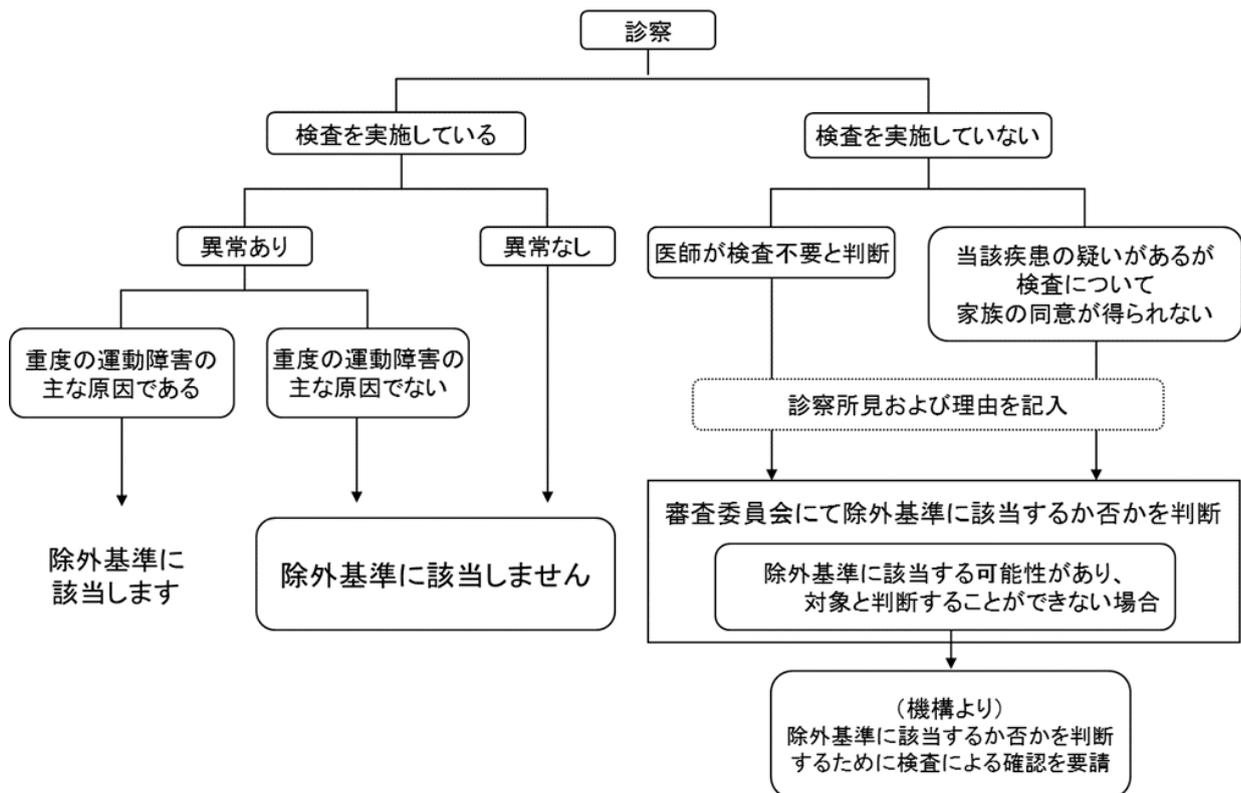
遺伝子検査を実施している場合は、その結果に基づいて、疾患の有無を選択してください。該当する特定の疾患が疑われず、遺伝子検査を実施していない場合は、「遺伝子異常を示唆する所見」の「無」を選択してください。

臨床所見等から遺伝子異常が疑われ、「遺伝子異常を示唆する所見」の「有」を選択し、遺伝子検査が必要と判断されたが、保護者の同意が得られないために検査を実施していない場合は、審査委員会において給付対象と認定できない場合や検査による確認が要請される場合がありますので、この点について保護者へご説明ください。

※検査結果報告書がある場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。

※検査結果報告書がない場合であっても、検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）がある場合は、必ず検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）を添付してください。

染色体異常・遺伝子異常について(イメージ)



4) 先天性代謝異常

先天性代謝異常の有無を選択し、「有」の場合は右欄を記入してください。代謝異常に関する検査として、タンデムマススクリーニング検査等を実施している場合は、診断書6頁の検査欄にそれぞれ検査結果を記入してください。

5) 先天異常

先天異常の有無を選択し、「有」の場合は右欄を記入してください。先天異常に該当する疾患（例：先天性心疾患、先天性横隔膜ヘルニア、脊髄髄膜瘤等）がある場合は、疾患名を記入してください。

なお、特定の先天異常に該当する疾患・症候群とは言えないが、他に先天性要因を疑う所見（例：小頭、特異顔貌、小顎、多指、内臓奇形等）がある場合は、その所見を記入してください。

⑩ 除外基準

1. 先天性要因

■ 1) から 5) の各項目について、有無を選択してください。

■ 1) から 5) の各項目について、「有」を選択した場合は、

(1) 右の枠内に疾患名を記入してください。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。

(2) これらの疾患が重度の運動障害の主な原因と推定されるか否かについて選択し、また、重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は、判断の理由等を下欄に記入してください。

■ なお、これらの疾患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。

先天性要因 (いずれかにレ点を記入)	先天性要因が「有」の場合は 疾患名を記入	重度の運動障害の主な原因 と推定されるか否か (いずれかにレ点を記入)			
		主な原因 でない	主な原因 である	どちらとも 言えない	
1) 脳奇形 (脳奇形が「有」の場合) 両側性の広範な脳奇形	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 染色体異常 (検査を実施していない場合は「染色体異常を示唆する所見」の有無)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → クラインフェルター症候群	(疾患名)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*染色体検査 (Gバンド検査) の実施状況

検査を実施している

↳ 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください)

↳ 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください)

↳ 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし

検査を実施していない → 検査を実施していない場合は、以下に必ずその理由を記入してください。

↳ 染色体異常を疑う身体所見を認めなかったため

↳ その他 ()

3) 遺伝子異常 (検査を実施していない場合は「遺伝子異常を示唆する所見」の有無)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*遺伝子検査の実施状況					
<input checked="" type="checkbox"/> 検査を実施している					
↳ <input checked="" type="checkbox"/> 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください)					
↳ <input type="checkbox"/> 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください)					
↳ <input type="checkbox"/> 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし					
<input type="checkbox"/> 検査を実施していない					
4) 先天性代謝異常	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 先天異常	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*先天性要因に該当する疾患が「有」で、「この疾患は重度の運動障害の主な原因でない」と推定される場合は、以下に判断の理由等を記入してください。

性染色体の異常であり、運動発達に影響を及ぼす疾患ではないため。

■ 特定の先天異常に該当する疾患・症候群とは言えないが、他に先天性要因を疑う所見 (例：小頭、特異顔貌、小顎、多指、内臓奇形等) がある場合は、その所見を記入してください。

口蓋裂、左耳介低形成を認める。

2. 新生児期の要因

分娩後に、分娩とは無関係に生じた感染症、髄膜炎、脳炎、その他の神経疾患（例：溺水による低酸素性虚血性脳症、神経変性疾患等）、虐待、その他の外傷（例：交通事故による脳外傷等）等の新生児期の要因の存在が明らかであり、かつ、その新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合は、除外基準に該当します。

分娩後に発症した感染症等が分娩とは無関係に発症したことが明らかでない場合（例：産道感染等、分娩時の感染と考えられる場合等）は、除外基準に該当しません。また、新生児期の要因が存在しても、その新生児期の要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は、除外基準には該当しません。

新生児期の要因の存在が明らかであるか否か、またそれらの要因が重度の運動障害の主な原因であることが明らかであるか否かなどについては、審査委員会において事案ごとに判断します。

「1）髄膜炎」から「5）その他の外傷等」に該当する疾患等について、有無を選択してください。「有」を選択した場合は、右欄に疾患名や所見等を記入してください。また、こ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、右の「重度の運動障害の主な原因でない」を選択し、同じ頁の下部の欄にその判断理由等を記入してください。

<例>

- 著明な筋緊張と関節拘縮により、生後7ヶ月時に大腿骨骨折を生じたが、受傷前から脳性麻痺による重度の運動障害を認めており、受傷の前後で運動障害の程度が変化していないため。

*虐待の項目については、障害児に対する虐待が問題となっており、それにより障害が重症化すること等が考えられるため、項目を設けました。

2. 新生児期の要因

■ 1) から 5) の各項目について、有無を選択してください。

■ 1) から 5) の各項目について、「有」を選択した場合は、

(1) 右の枠内に疾患名等を記入してください。

(2) これらの疾患等が重度の運動障害の主な原因と推定されるか否かについて選択し、また、重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は、判断の理由等を記入してください。

■ 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。

新生児期の要因 (いずれかにレ点を記入)		新生児期の要因が「有」の場合は 疾患名等を記入	重度の運動障害の主な原因 と推定されるか否か (いずれかにレ点を記入)		
			主な原因 でない	主な原因 である	どちらとも 言えない
1) 髄膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(起因菌・発症時期等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 脳炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(起因菌・発症時期等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) その他の神経疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 虐待	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	(所見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) その他の外傷等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 →	(疾患名・所見等) 大腿骨骨折	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



* 新生児期の要因に該当する疾患等が「有」で、「この疾患等は重度の運動障害の主な原因でない」と推定される場合は、以下に判断の理由等を記入してください。

著明な筋緊張と関節拘縮により、生後7ヶ月時に大腿骨骨折を生じたが、受傷前から脳性麻痺による重度の運動障害を認めており、受傷の前後で運動障害の程度が変化していないため。

(2) 検査結果：検査-1・検査-2

脳性麻痺の診断および除外基準に関する診断を行うにあたり、頭部画像検査（CTまたはMRI）は必ず行ってください。診断書作成以前に撮影している場合は、新たに行う必要はありません。その他の検査についても、原則、医師が医学的に必要と判断する検査は行ってください。なお、診断のために必要な検査を実施していない場合、評価機構より資料等の追加提出を求めることや、問い合わせを行うことがあります。

1. 頭部画像検査

頭部画像検査については、所定の欄に実施年月日と所見を記入し、あわせて頭部画像データ（フィルムも可）を添付してください。添付の際には、所定の欄の実施年月日と頭部画像データの撮影年月日が同じ日となっているかご確認ください。

3回以上実施している場合は、生後から早期、中期、最近の代表的な3回分を記入し、添付してください。「画像上は、除外基準に該当しないことが明らかである」と判断できる場合は、直近のものだけでも良いです。ただし、審査委員会において、画像が不鮮明等の理由により、再提出を求める場合があります。

なお、読影報告書を添付する場合は、本欄の記入は不要です。

※産科医療補償制度に申請歴のある方は、直近のもののみをご提出ください。ただし、その後の頭部画像検査の確認が必要と判断される場合には、追加の提出を求める場合があります。

検査結果

1. 頭部画像検査

■ 3回以上実施した場合は、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。

(「画像上は、除外基準に該当しないことが明らかである」と判断できる場合は、直近のものだけでも可能です。ただし、審査委員会において、画像が不鮮明等の理由により、再提出を求める場合があります。)

※産科医療補償制度に申請歴のある方は、直近のものだけでも可能です。ただし、その後の頭部画像検査の確認が必要と判断される場合には、追加の提出を求める場合があります。

■ 頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、画像データを必ず添付してください(フィルムも可)。

■ 読影報告書を添付する場合は、下欄の記入は不要です。

読影報告書添付：有 無

頭部画像検査名 (いずれかにレ点を記入)	実施年月日	所見
<input checked="" type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> CT	2024・1・15	大脳脳溝の開大と両側脳室および第3脳室の著明な拡大があり、大脳のびまん性の萎縮像あり、嚢胞性の脳軟化の所見である。
<input checked="" type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> CT	2025・1・10	
<input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> CT	. . .	

2. 血液検査

除外基準に該当しないこと等の確認を行います。これまで検査を実施した中で、最近の代表的なデータを記入してください。また、診断書に示す血液検査項目について、1項目でも実施していない場合は、その理由を所定の欄に必ず記入してください。

なお、検査データを添付する場合、本欄の記入は不要です。

3. 上記の検査以外に実施した検査

脳性麻痺および除外基準に関する診断にあたって、上記の検査以外に実施した検査がある場合は、その結果を記入してください。

分娩時の低酸素状況やそれを示唆する臨床所見、脳の破壊性病変を示す頭部画像所見がなく、かつ先天異常を示唆する臨床所見もないような場合は、下表記載の疾患等が原因として考えられることもありますので、対応する検査の実施をご検討ください。検査結果は本欄にご記入いただくか、検査結果伝票を添付ください。

児の運動障害	原因として考えられる疾患等	ご検討いただきたい検査
アテトーゼ型	レッシュ・ナイハン症候群	血中尿酸値、および尿中尿酸/クレアチニン比
痙直型	モリブデン補酵素欠損症*	血中尿酸値
痙直型 アテトーゼ型	MCT8欠損症	甲状腺関係 (TSH、FT4、FT3)
低緊張型 アテトーゼ型	・グアニジノ酢酸メチル基転移酵素 (GAMT) 欠損症 ・アルギニン・グリシンアミジノ基転移酵素 (AGAT) 欠損症 ・クレアチン輸送体 (SLC6A8) 欠損症	血中クレアチニン値、および尿中クレアチン/クレアチニン比

(*破壊性病変類似の頭部画像所見を呈することもあります。)

2. 血液検査 (最近の代表的なデータを記入してください)

検査結果報告書添付: 無 有

必ず検査結果報告書を添付してください。
検査結果報告書を添付する場合は、下欄への記入は不要です。

■ (検査結果報告書添付「無」の場合) 血液検査については、以下の項目を実施している場合は実施年月日及び検査結果を記入してください。

血液検査内容		実施年月日	検査結果
肝機能	A S T (GOT) (IU/ℓ)	2025・5・25	25
	A L T (GPT) (IU/ℓ)	2025・5・25	25
	L D H (IU/ℓ)	2025・5・25	256
	アンモニア (μg/dℓ)	2025・5・25	50
血液ガス分析 (いずれかにシ点を記入) <input type="checkbox"/> 動脈 <input checked="" type="checkbox"/> 静脈	p H	2025・5・25	7.350
	p O ₂ (mmHg)	2025・5・25	60
	p C O ₂ (mmHg)	2025・5・25	40
	H C O ₃ ⁻ (mEq/ℓ)	2025・5・25	24
	B E (mEq/ℓ)	2025・5・25	+1
乳酸 (mg/dℓ)		2025・5・25	15.0
ピルビン酸 (mg/dℓ)		..	
タンデムマススクリーニング検査 <input checked="" type="checkbox"/> 検査を実施している <input type="checkbox"/> 検査を実施していない <input type="checkbox"/> 不明		2016・3・1	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり *異常ありの場合は、以下にその検査結果を記入してください。

* 上記の検査項目のうち一項目でも実施していない場合は、以下にその理由を記入してください。

代謝異常を疑うような身体所見を認めなかったため
その他 ()

3. 上記の検査以外に実施した検査

■ 上記以外に実施した検査がある場合は、検査の実施年月日と検査結果を記入してください。

例: F I S H解析、C G Hマイクロアレイ解析、尿中有機酸分析、アミノ酸分析、クレアチニンキナーゼ (C K)、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー、聴性脳幹反応等

脳波 2025.4.3 両側後頭部に高振幅徐波および多棘波を認める。

聴性脳幹反応 2025.2.4 V波の両側潜時の遅れあり。

(3) 脳性麻痺の状況及び所見： 所見-1・所見-2・所見-3

1. 神経学的所見、その他の機能障害の所見

1) 運動障害

低緊張型脳性麻痺の場合は、脳性の運動障害であるかどうかのように判断したのか（診察内容、画像診断、検査データ等）、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）による運動障害でないと考える所見・理由および腱反射の状況を〔 〕内に必ず記入してください。

また、重度の知的障害（精神発達遅滞）による運動発達遅滞が認められる場合は、上肢の動作・所見の状況について、具体的な所見（投げる、引っ張る等の動作の可否や食事の動作等）を〔 〕内に必ず記入してください。

2) 麻痺部位

該当するものを選択してください。また、片麻痺の場合は、左右のいずれかを選択してください。単麻痺の場合は、〔 〕内に部位を記入してください。

3) 反射異常

該当するものを選択してください。

「バビンスキー反射」の検査が困難な場合は、他の病的反射の所見を〔 〕内に記入してください。

4) 姿勢異常

姿勢異常が「有」の場合は、〔 〕内に部位・所見を記入してください。

5) 関節拘縮

関節拘縮が「有」の場合は、〔 〕内に部位・所見を記入してください。

脳性麻痺の状況及び所見

脳性麻痺の状況及び所見の確認日*： 西暦 20_25 年 8 月 5 日
* 確認日は、原則、2025年以降の申請時点で診断してください（児が亡くなっている場合を除く）。

1. 神経学的所見、その他の機能障害の所見

1) 運動障害

痙直 アテトーゼ・不随意運動 運動失調 低緊張 その他（ ）

* 低緊張型脳性麻痺の場合は、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。

[]

* 重度の知的障害（精神発達遅滞）による運動発達遅滞が認められる場合は、上肢の動作・活動の状況について、具体的な所見（投げる、引っ張る等の動作の可否や食事の動作等）を記入してください。

[]

2) 麻痺部位

四肢麻痺 両麻痺 片麻痺（右 左） 対麻痺 三肢麻痺 単麻痺（部位： ）

* 片麻痺の場合は、動作・活動の状況について、左右差の程度や患側の機能程度（補助肢として使用可能か否か等）の具体的な状況を記入してください。また、上肢のみの障害で給付申請を行う場合は、食事動作（スプーンを口に運ぶ、コップを手で持って口に運ぶ等の動作の可否）について具体的な状況を記入してください。

[]

3) 反射異常（いずれかにレ点を記入してください）

	右	左
バビンスキー反射	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
*バビンスキー反射の検査が困難な場合は、他の病的反射の所見を記入してください。 []		
上腕二頭筋反射	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進
上腕三頭筋反射	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進
膝蓋腱反射	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進
アキレス腱反射	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 亢進

4) 姿勢異常 無 有 → 部位・所見（例：強い反り返り、下肢交叉、尖足等）

頸部、体幹

5) 関節拘縮 無 有 → 部位・所見（例：股関節、膝関節、足関節等）

両股関節、両足関節

2. 動作・活動の状況及び所見

各項目について、診察の場で観察した所見を記入してください。ただし、明らかにできると判断される項目については、実際に動作の確認を行わず「○」とすることもできます。

判定は「○」または「×」のいずれかで記入してください。各項目について、動作・活動が完全にできる場合は「○」、動作・活動が完全にできない場合（部分的にできる場合も含む）は「×」とします。

1) 下肢・体幹運動に関する項目

次の表にある項目について、「判定にあたっての留意点」を参考に判定を行ってください。

No	項目	判定にあたっての留意点
1	頸が対わる（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）	床や診察台の上での坐位だけでなく、母親等の膝の上での、胸部のみを支えてもらっての坐位姿勢でもよい。
4	腹臥位で頭部を垂直に挙上できる（3秒以上）	上肢の位置は問わないが、予め前腕で支持する姿勢をとらせ、頭部を挙上しやすくした方がよい。姿勢をとった後は、子どもの体から手を離し、玩具等で誘って自分で頭を上げるように促す。頭部を垂直に挙上した後は、崩れずにその姿勢を少なくとも3秒間保持できる。
6	肘這いをする（腹部が床につき、上肢を使って移動する）	項目 11 ができていれば、肘這いをしなくてもこの項目は○としてよい。
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）	ひとりで坐位姿勢が保持できるかどうかをみる。
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	手をつかずに坐位姿勢が保持でき、さらに45度後方の玩具に手を伸ばすことができる。手を伸ばせても、バランスを崩して手をついてしまう場合は×とする。
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	バニーホップとは、下肢の交互運動を伴わずに弾みをつけて座った姿勢を保ちながら前方に移動すること。シャフリング（いざり這い）とは、坐位の姿勢で臀部を滑らせながら動く動作で、坐位のまま下肢の屈伸運動を繰り返しながら、臀部を床上で滑らせるようにして移動すること。これらが見られない場合は×とする。
12	机等につかまって立ち上がれる	机等につかまり引っぱり、机の上に手をついてずり上がり、足に体重をかけて直立した姿勢をとる。立ち上がった後、机に寄りかかってもよい。
14	机またはテーブル等や手すり等につかまって、伝い歩きができる（5歩以上）	どちらかの足を横に動かすことを1歩とする。
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	歩行補助具とは、歩行器、クラッチ、杖等を指す。下肢装具は含まない。
17	介助があれば、階段を上がれる	階段とは、通常の建物の標準的なもの（踏面30cm、蹴上げ（1段の段差）16cm程度）とする。
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）	他人の手を持ちたり、歩行補助具を用いたりせず、机等にも寄りかかからないで、立位を少なくとも3秒間保持できる。
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10歩、歩ける	他人の手を持ちたり、歩行補助具を用いたりせず、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	歩く際に、歩行補助具を使用せず、介助は受けない。
21	床から立ち上がり立位をとる	床から立ち上がる際に、床面や自分の体の一部（膝等）に手をつくか、支えるための安定した平面（机やイス等）を使ってもよい。立ち上がった後は、支持面に寄りかからず、手を離しても立位を保持できる。

2) 「下肢・体幹運動に関する項目」についての備考欄

下肢・体幹運動について、児の特徴等があれば記入してください。

2. 動作・活動の状況及び所見（可能-○ 不可能-×を記入）

■各項目について、動作・活動が完全にできる場合は「○」、動作・活動が完全にできない場合（部分的にできる場合も含む）は「×」のいずれかを記入してください。

■なお、明らかにできると判断される項目については、実際に動作の確認を行わず「○」とすることもできます。

1) 下肢・体幹運動に関する項目

No.	項 目	判定 ○/×
1	頤がすわる（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、バン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れる	×
13	下肢を交互に動かして、四つ這いをする	×
14	机またはテーブル等につかまって、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

（上記項目の判定に関し特記事項がない場合は、本欄の記入は不要です）

顎定、寝返りは不可で、体幹の反り返りを認める。

3) 上肢運動に関する項目

次の表にある項目について、「判定にあたっての留意点」を参考に判定を行ってください。

No	項 目	判定にあたっての留意点
1	手にふれたものをつかむ(明らかな反射は除く)	手は予め開いておき、検者の指、玩具等を手掌面に触れさせる。反射とは、把握反射等である。
2	手を口に持っていく	自分の手を口まで持っていく。口に触れなくても、口の近くまで手を動かせれば○とする。
3	手を開くことができる	自発的に手を開くことができる。
4	玩具等を少しの間、握って遊ぶ	玩具等をしっかり握って、3秒以上持っていられれば○とする。必ずしも玩具等を振らなくてもよい。
6	近くのものを手を伸ばしてつかむ	玩具等を見せて誘ってもよい。
9	小さなもの(乳児向けポーロ等)を親指と人差し指の指先でつまむ	指全体でつかむ場合は×とする。
10	スプーンが持てる(3秒以上)	どんな持ち方でもよい。把持して、3秒以上落とさない。
11	リモコンのボタンを押せる	リモコンは机の上に置いてあってもよい。
13	なぐり書きをする	紙を子どもの前に置き、鉛筆を持たせると、ぐるぐる丸などを書く。
14	積み木を1つ積める	子どもの前に3cm角前後の大きさの積み木を2つ置き、重ねてみせる。まねをして2つ重ねることができれば○をつける。
15	積み木を2つか3つ積める	積み木を4つ置き、3つ以上重ねて置ければ○をつける。
16	お箸が持てる	子ども用の箸を手で保持できればよい。持ち方は問わない。

4) 「上肢運動に関する項目」についての備考欄

上肢運動について、児の特徴等があれば記入してください。

5) 診断時の姿勢や移動状況が確認できる全身の写真を貼付(10~11頁)(複数枚)または動画を添付

全身の状態(坐位、臥位等)や移動の状況(寝返り、這行、つかまり立ち、装具をつけての歩行等)等、日常生活の様子がわかる写真を診断書10頁以降の「写真貼付欄」に貼付してください。貼付する際には、写真の裏面に、児の氏名と生年月日を必ず記入してください。

また、「写真貼付欄」には、児の氏名と生年月日及び撮影年月日(または撮影時の年齢)を必ず記入してください。

医師が撮影したもの、または保護者が撮影したもの、どちらの写真でも良いです。

診断書内の<写真についてのお願ひ>を参照し、保護者が持参した写真の中から適切と思われる写真を貼付してください。

また、児の状態が下記①または②のような場合で、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、可能であれば、歩行(階段昇降等)や上肢での動作の状況(握る、つかむ、物に手を伸ばす等の動作や食事動作等)を撮影した動画を提出してください。その際は、写真の貼付は不要です。撮影にあたっては診断書内の<専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表>をご参照ください。

また、診断書12頁の「添付動画について」に、児の氏名と生年月日及び撮影年月日(または撮影時の年齢)を必ず記入してください。

- ①麻痺部位が「片麻痺」または脳性麻痺の型が「混合型」、「アテトーゼ型」、「失調型」、「低緊張型」と考えられる場合
- ②診断書内の<専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表>に示す「動画確認を必要とする児の状態」に該当する、または該当するか否かの判断が困難な場合

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	哺乳瓶またはコップ等を自分で持てる	×	×
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

（上記項目の判定に関し特記事項がない場合は、本欄の記入は不要です）

5) 診断時の姿勢や移動状況が確認できる全身の写真を貼付（10～11頁）（複数枚）または動画を添付してください。坐位、臥位、車椅子移乗等の姿勢や動作の状況がわかるよう、できるだけ薄着の状態で撮影してください。

注1：片麻痺や上肢のみの障害で給付申請を行うケースで、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、歩行（階段昇降等）や上肢での動作の状況（握る、つかむ、物に手をのばすなどの動作や食事動作等）を撮影した動画を追加でお願いすることがあります。

注2：写真は、医師が適切に選択したものとします。

上記のとおり診断する。あわせて頭部画像データ（フィルムも可）等を添付する。

【診断書作成日】西暦 20 25 年 8 月 5 日 * 診断書を最終的に仕上げた日を記入してください。

* 診断書内容に関し照会を行う場合がありますので、医療機関名及び所在地を必ず記入してください（ゴム印でも可）。

【医療機関名】 ○○病院

【所在地】（〒123-4567） 東京都××区△△町123

【電話番号】 03-○○○○-××××

【診断医】 診療科 小児 科 医師氏名 ●● ▲▲ (印)

* 複数の医師で診断書を作成する場合は、代表者1名の氏名を記入してください。

【診断医要件】 身体障害者福祉法第15条指定医 小児神経専門医 神経内科専門医
(肢体不自由)

* 本児が給付対象と認定された場合は、産科医療特別給付事業 実施要綱第十一条第2項に基づき、この専用診断書を特別給付事業が実施する集計および分析の資料の一部として利用させていただきます。

【写真、動画、検査データ、NICU サマリー等添付欄】 >>>次頁に続きがあります。>>>

<給付申請用 専用診断書に貼り付ける 写真についてのお願い>

[産科医療特別給付事業] 給付申請用 専用診断書に貼り付ける

写真についてのお願い

撮影いただく写真とは

普段の姿勢や介助坐位・介助立位の姿勢、移動時の姿勢を撮影したものを

撮影のポイント!!

- 全身が写るように撮影
 - 薄着の状態(長袖・長ズボン等の服装は避けてください)
 - 足は、靴下や装具は外した**裸足の状態**
 - 頭から手先・足先(指先・つま先)まで収める
- 姿勢異常や関節拘縮の状態が分かるように撮影
 - 強い反り返り、下肢交叉、尖足等の状態
 - 股関節、膝関節、足関節等の状態
- その他
 - 可能であれば、正面からと側面から撮影したものの両方

(貼付例)



それぞれの姿勢につき以下の例示を参考に撮影してください。各姿勢1~2枚程度

ご家族が撮影される場合は診断医の指示に従って撮影いただきますようお願いいたします

薄着

靴下・装具無し

全身

手足が見える

普段の姿勢

(仰臥位、腹臥位、坐位、立位)

例示1

仰臥位の様子



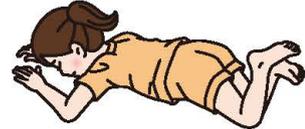
例示2

座っている様子



例示3

腹臥位の様子



介助坐位・介助立位の姿勢

例示4

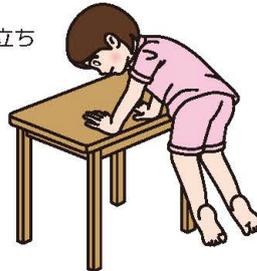
介助され立っている様子



移動時の姿勢

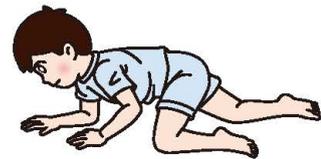
例示5

つかまり立ちの様子



例示6

四つ這いの様子



氏 名	日本 一郎
生 年 月 日	2016 年 1 月 1 日
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	○歳△ヶ月

写 真 貼 付 欄

- * 写真の裏面にも氏名・生年月日及び撮影年月日（または撮影時の年齢）を必ず記入してください。
- * 坐位、臥位、車椅子移乗等の姿勢や動作の状況がわかるよう、できるだけ薄着の状態で撮影してください。

<専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表>

2025年1月版

産科医療特別給付事業 給付申請用 専用診断書を作成いただく診断医の皆様へ

専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表

- 審査委員会では、専用診断書に貼付いただいた写真のみでは障害程度の判断が困難な場合、児の動作・活動の状況および所見を撮影した動画をお願いすることがあります。児の状態が次のような場合、専用診断書の作成と併せて児の状態が撮影された動画のご提出をご検討ください。
 - ① 麻痺部位が「片麻痺」または脳性麻痺の型が「混合型」、「アテトーゼ型」、「失調型」、「低緊張型」と考えられる場合
 - ② 下表の「動画確認を必要とする児の状態」に該当する、または該当するか否かの判断が困難な場合
- 児の状態が①や②である場合、できるだけ動画の撮影をお願いいたします。動画を撮影される場合は、以下の内容に沿って撮影してください。

【留意事項】

- 動画は DVD、SDカード等の記録媒体で、「児の氏名」、「撮影日」がわかるように提出してください。動作の抽出など編集をしていただく必要はありません。なお、提出いただいた記録媒体は返却いたしませんので、ご了承ください。
- 動画を提出いただく場合は、専用診断書P10～11 への写真貼付は不要です。
- 動作・活動の状況は、脳性麻痺の型、麻痺部位、合併症などによる個人差も大きいため、審査委員会の審査を進めていく過程で、改めて動画の提出をお願いすることもございますのでご了承ください。

動画確認を必要とする児の状態		撮影内容 ※2	留意点
診断時年齢	動作・活動の状況および所見 ※1		
3歳以上 4歳未満	交互性の四つ這いは可能であるが、つかまり立ちは困難である	①自分で臥位から坐位へ起き上がる様子、坐位保持の様子	■下肢の撮影について 下肢装具をつけず、膝関節や足関節の状態が確認できるような服装で、裸足の状態で、撮影してください。 ■上肢の撮影について 手を握る・ひらく、物をつかむ・押さえる、物に手を伸ばす動作について、両上肢の動きがわかるように撮影してください。 ■児を担当している理学療法士や作業療法士、または児の家族による撮影も可能です。「食事をしている様子」や、児の状態により院内での撮影が困難な場合は、児の家族による撮影をご検討ください。ただし、提出いただく前に、必ず診断医による動画の確認をお願いいたします。
	つかまり立ちは可能であるが、伝い歩きは困難である	②這い移動の様子 ③つかまって立ち上がる様子 ④歩行の様子	
	伝い歩きや介助あり歩行は可能であるが、独歩は困難である	①（つかまって、あるいは一人で）床から立ち上がる様子 ②10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子	
	独歩は可能であるが、安定した歩行や速やかな停止、スムーズな方向転換は困難である	①両上肢を使っておもちゃで遊ぶ様子 例：両手で大きめのボールやおもちゃを持っている様子、拍手している様子など ②食事をしている様子	
4歳以上	ある程度の歩行は可能であるが、両上肢、または一上肢に脳性麻痺による運動機能障害がある	①両上肢を使っておもちゃで遊ぶ様子 例：両手で大きめのボールやおもちゃを持っている様子、拍手している様子など ④食事をしている様子	
	独歩は可能であるが、安定した歩行や速やかな停止、スムーズな方向転換は困難である	①（つかまって、あるいは一人で）床から立ち上がる様子 ②10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子	
	＜片麻痺の場合＞ 歩行は可能であるが、介助あるいは手すりにすがらないと階段を上がれず、かつ障害のある側の手では物を握る程度しかできない状態	①10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子 ②階段昇降の様子 ③両上肢を使っておもちゃで遊ぶ様子 例：両手で大きめのボールやおもちゃを持っている様子、拍手している様子など ④食事をしている様子	

※1 それぞれの動作・活動が完全にできる場合は「可能」、それ以外は部分的にできる場合も含め「困難」と判断してください。

※2 部分的にできる動作を含めて、児に無理のない範囲で撮影してください。撮影時に介助があっても構いません。なお、指定されている動作がそれぞれ 10～20 秒程度撮影されていれば結構です。

添 付 動 画 に つ い て

氏 名	日 本 一 郎
生 年 月 日	2016 年 1 月 1 日
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	○歳△ヶ月

【留意事項】

- 動画はDVD、SDカード等の記録媒体で、「児の氏名」、「撮影日」がわかるように提出してください。動作の抽出など編集をしていただく必要はございません。なお、提出いただいた記録媒体は返却いたしませんので、ご了承ください。
- 動画を提出いただく場合は、専用診断書P10～11への写真貼付は不要です。
- 動作・活動の状況は、脳性麻痺の型、麻痺部位、合併症などによる個人差も大きいいため、審査委員会の審査を進めていく過程で、改めて動画の提出をお願いすることもございますのでご了承ください。

検査データ・NICUサマリー等添付欄

- * 検査結果・所見等には実施年月日が記入されていることを事前にご確認ください。
- * 診療録、サマリー、紹介状等診療情報がある場合はこちらに添付してください。
- * 右上にホチキスで添付してください。