

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)

2025年1月改定版

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。
この診断書の作成にあたっては、以下の点にご注意ください。

<作成にあたっての注意点>

- 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。
 - 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
 - 日本小児神経学会の定める小児神経専門医の認定を受けた医師
- 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。
- 低緊張型脳性麻痺または上肢のみの障害で補償認定請求を行う場合は、原則として、3歳以降の診断に基づき作成してください。
- 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公益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】

公益財団法人日本医療機能評価機構
産科医療補償制度運営部 審査課

TEL : 03-5217-3188

受付時間 : 午前9時～午後5時 (土日祝日・年末年始除く)

<産科医療補償制度運営組織使用欄>

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

--

「診断書作成の手引き」について

補償認定請求用診断書を作成する際は、「診断書作成の手引き」を確認の上、進めてください。

「診断書作成の手引き」がお手元がない場合は、郵送しますので、本診断書表紙に記載の連絡先宛に、お送り先（医療機関名、所在地、診療科、診断医の氏名等）をお知らせください。

補償認定請求用診断書 Excel 版のご案内

補償認定請求用診断書は、本診断書冊子の他に Excel 版を用意しており、産科医療補償制度のホームページよりダウンロードを行うことができます。Excel 版で作成される場合は、以下の要領に沿って、ファイルのダウンロードを行ってください。

【補償認定請求用診断書 Excel 版 ダウンロード要領】

1. 産科医療補償制度ホームページ内の「専用診断書ダウンロード」ページにアクセスしてください。

URL (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/doctor/downloads.html>)

または でトップページにアクセスし、「診断書・診断医について」 - 「専用診断書ダウンロード」へお進みください。

2. 「専用診断書 Excel 版使用上のご注意」を十分に確認した上で、「専用診断書 Excel 版ダウンロード」より必要な診断書のダウンロードフォームへお進みください。

【ご注意】

- Excel 版は、診断書をパソコン上で作成できるよう用意したものであり、診断書の内容は本診断書冊子と同様です。
- 作成後の診断書は、Excel ファイルのまま提出することはできません。必ず紙面に印刷し、表紙に印した 2 箇所をホチキスでとめて提出してください。
- 診断書の内容は変更することがありますので、Excel 版で診断書を作成する場合は、必ずその都度ダウンロードを行ってください。

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 →

<input type="checkbox"/> 呼吸障害	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> てんかん（ <input type="checkbox"/> 點頭てんかん <input type="checkbox"/> その他）
<input type="checkbox"/> 胃食道逆流症	<input type="checkbox"/> その他（	）

⑥ 治療及びリハビリテーションの状況

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

[]

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 type="checkbox"/> 経管栄養 [<input 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 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 type="checkbox"/> 全介助
移動手段	<input 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。

[]

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（) 児との続柄（)
- 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。

[]

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 □無 □有 (脳奇形が「有」の場合) 両側性の広範な脳奇形 □無 □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 〕 □無 □有	(疾患名)	<input 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 →検査を実施している場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。 □ 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 〕 □無 □有	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*遺伝子検査の実施状況 □ 検査を実施している →検査を実施している場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。 □ 検査を実施していない				
4) 先天性代謝異常 □無 □有	(疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 先天異常 □無 □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。

■ 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。

[]

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、判断の理由等を下欄に記入してください。

■ 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 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 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 虐待	<input 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 type="checkbox"/> 有 (疾患名・所見等)	<input 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。

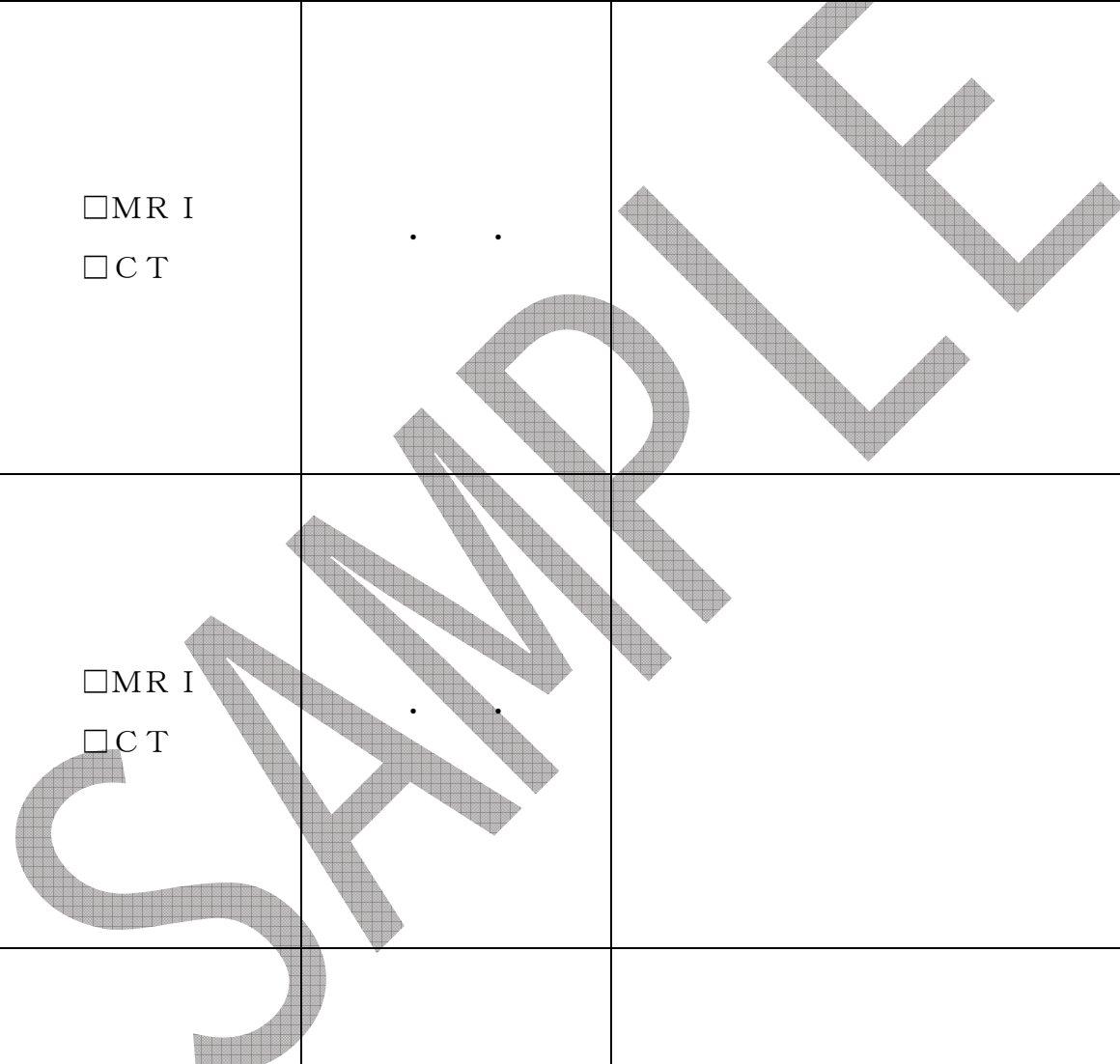
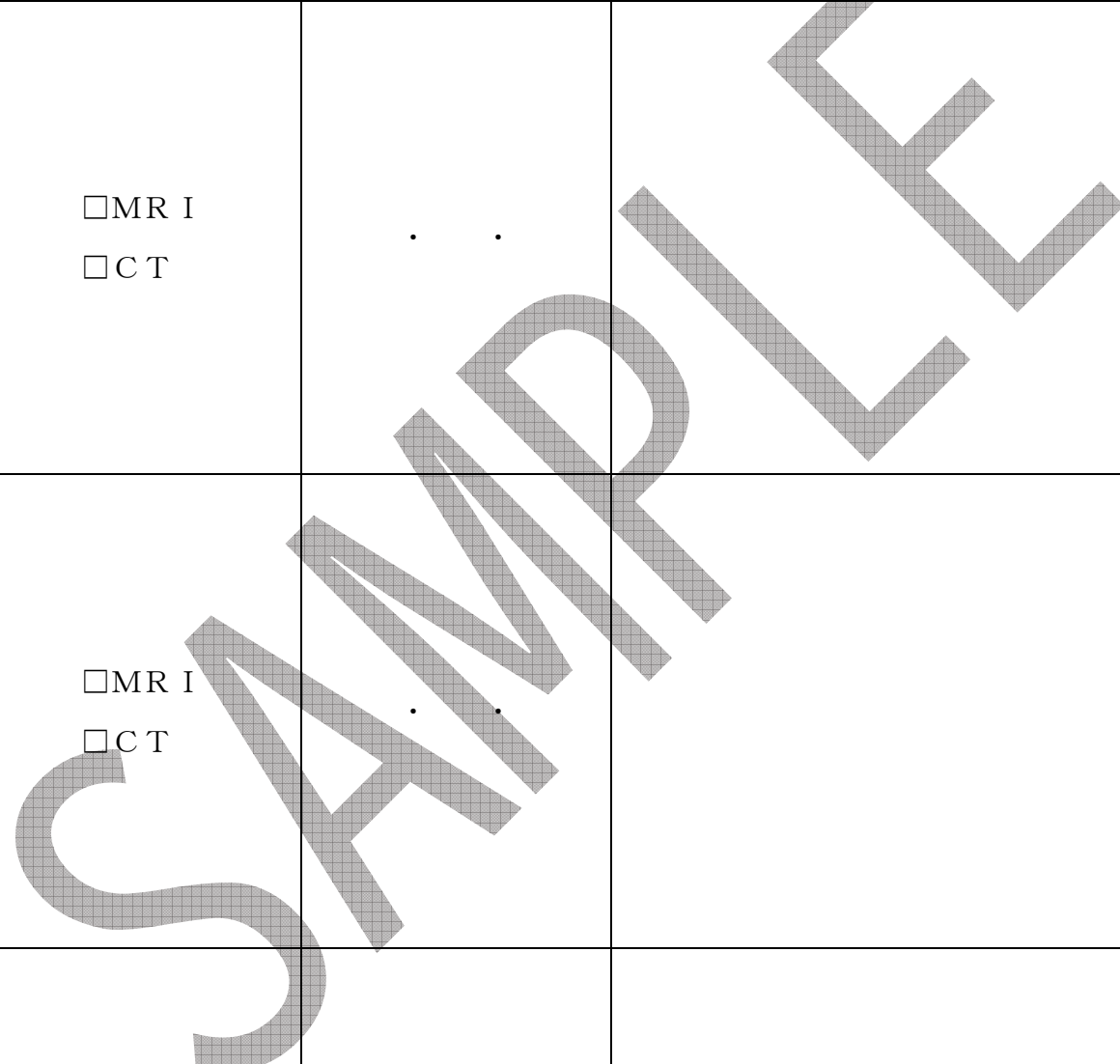
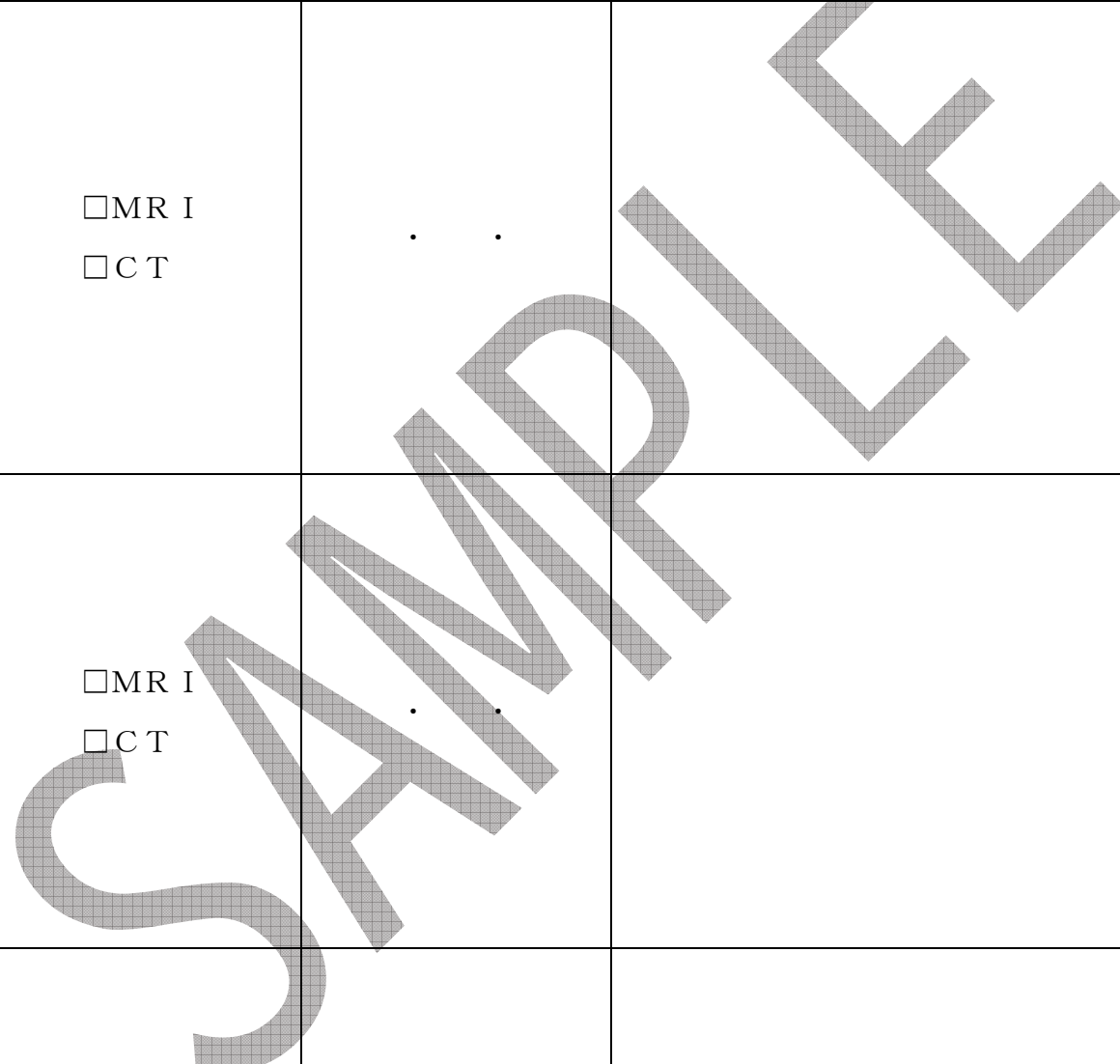
検査結果

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）

■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 type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> C T	. .	
<input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> C T	. .	
<input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> C T	. .	

2. 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。

■検査データを添付する場合は、下欄の記入は不要です。

検査データ添付: 有 無

血液検査内容		実施年月日	検査結果
肝機能	A S T (GOT) (IU/ℓ)	・	・
	A L T (GPT) (IU/ℓ)	・	・
	L D H (IU/ℓ)	・	・
	アンモニア (μg/dℓ)	・	・
血液ガス分析 (いずれかにし点を記入) <input type="checkbox"/> 動脈 <input type="checkbox"/> 静脈	p H	・	・
	p O ₂ (mmHg)	・	・
	p C O ₂ (mmHg)	・	・
	H C O ₃ ⁻ (mEq/ℓ)	・	・
	B E (mEq/ℓ)	・	・
乳酸 (mg/dℓ)		・	・
ピルビン酸 (mg/dℓ)		・	・
タンデムマススクリーニング検査 <input 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		・	<input 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、CGH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 (CK)、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー、聴性脳幹反応等

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____年____月____日

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、**上肢のみの障害で補償認定請求を行う場合は**、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 type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input 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 type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input 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 type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input 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 type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input 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 type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 減弱 <input type="checkbox"/> 正常 <input 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）]

5) 関節拘縮 無 有 → [部位・所見（例：股関節、膝関節、足関節等）]

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、「○」または「×」のいずれかを記入してください。

■それぞれの動作・活動が完全にできる場合は「○」とし、それ以外は、部分的にできる場合も含め「×」とします。

■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	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

（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）

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
 (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 (坐位、臥位、車椅子移乗等) が確認できる全身の写真をもとに10~11頁の
 写真貼付欄に貼付してください (複数枚可)。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。なお、写真の裏面には必ず氏名、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たものとします。また、医師が必要であると判断した場合は動画も可とします。
 片麻痺や上肢のみの障害で補償認定請求を行うケースで、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。

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 年 月 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】 _____

【所在地】 (〒 _____) _____

【電話番号】 _____

【診断医】 診療科 _____ 科 医師氏名 _____ ⑧

* 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 (肢体不自由) 小児神経専門医

* 本児が補償対象と認定された場合は、この専用診断書を原因分析の資料の一部として利用させていただきます。

* 以下のすべての条件に該当する場合は、この専用診断書を健康保険法施行規則第八十六条の五に定める産科医療特別給付
 事業の審査および分析に利用させていただきます。

- ・ 2015年~2021年出生児で、在胎週数28週以上32週未満で出生又は在胎週数32週以上かつ1,400g未満で出生した児
- ・ この専用診断書の7ページ記載の「脳性麻痺の状況及び所見の確認日」が2025年1月1日~2026年12月31日
- ・ 本児が産科医療補償制度で補償対象外と認定され、補償請求者が特別給付金の申請をされた場合

氏 名	
生 年 月 日	
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	

写 真 貼 付 欄

* 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。

SAMPLE

氏 名	
生 年 月 日	
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	

写 真 貼 付 欄

* 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。

SAMPLE

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。

SAMPLE