項番	コード	項目名	データ型(属性)	最大文字数	項目値の範囲	入力値の範囲	入力形式	コード値
1	12900100	診断のカテゴリー Definite：診断の根拠となるA-①を認めるものを生化学診断例とし、A-②と③を施行し(必要に応じてA-④とBを施行し)、以下の病型に該当する			1～2			1:1.該当 2:2.非該当
2	12900200	診断のカテゴリー Definite：診断の根拠となるA-①を認めるものを生化学診断例とし、A-②と③を施行し(必要に応じてA-④とBを施行し)、以下の病型に該当する 選択肢			1～3			1:PAH欠損症 2:BH_4欠損症 3:BH_4反応性高Phe血症
3	12900300	A. 症状 ①アミノ酸分析(HPLC法)：血中フェニルアラニン値2mg/dL(120μmol/L)			1～3			1:1.該当 2:2.非該当 3:3.不明
4	12900400	A. 症状 ②プテリジン分析：BH_4欠損症の異常パターンが見られる			1～3			1:1.該当 2:2.非該当 3:3.不明
5	12900500	A. 症状 ③DHPR酵素解析：DHPR欠損症ではDHPR活性の著しい活性低下を認める			1～3			1:1.該当 2:2.非該当 3:3.不明
6	12900600	A. 症状 ④BH_4・1回負荷試験			1～3			1:1.変化なし 2:2.正常化 3:3.20%以上低下
7	12900700	A. 症状 ④BH_4・1回負荷試験(参考)乳児期後半にBH_4・1週間投与試験にて血中Phe値が投与前より30%以上の低下を認める			1～3			1:1.該当 2:2.非該当 3:3.不明
8	12900800	B. 遺伝学的検査 遺伝子異常の有無			1～3			1:1.あり 2:2.検査範囲内異常なし 3:3.検査未実施
9	12900900	B. 遺伝学的検査 異常があった遺伝子を選択する。			1			1:PAH
10	1020100	先天性代謝異常症の重症度評価 総合評価(以下のIからVIまでの各評価および総合点をもとに選択する)			1～4			は「別紙02【難病のみ】自動入力項目について.xlsx」をご参考ください。 1:重　症(4点の項目が1つでもある場合) 2:重　症(2点以上の項目があり、かつ加点した総点数が6点以上の場合) 3:中等症(加点した総点数が3～6点の場合) 4:軽　症(加点した総点数が0～2点の場合)
11	1020200	先天性代謝異常症の重症度評価 I 薬物などの治療状況(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～4			1:a.治療を要しない(0) 2:b.対症療法のために何らかの薬物を用いた治療を継続している(1) 3:c.疾患特異的な薬物治療が中断できない(2) 4:d.急性発作時に呼吸管理、血液浄化を必要とする(4)
12	1020300	先天性代謝異常症の重症度評価 II 食事栄養治療の状況(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～5			2:b.軽度の食事制限あるいは一時的な食事制限が必要である(1) 3:c.特殊ミルクを継続して使用するなどの中程度の食事療法が必要である(2) 4:d.特殊ミルクを継続して使用するなどの疾患特異的な負荷の強い(厳格な)食事療法の継続が必要である(4) 5:e.経管栄養が必要である(4)
13	1020400	先天性代謝異常症の重症度評価 III 酵素欠損などの代謝障害に直接関連した検査(画像を含む)の所見(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～4			2:b.軽度の異常値が継続している(目安として正常範囲から1.5SDの逸脱)(1) 3:c.中等度以上の異常値が継続している(目安として1.5SDから2.0SDの逸脱)(2) 4:d.高度の異常値が持続している(目安として2.0SD以上の逸脱)(3)
14	1020500	先天性代謝異常症の重症度評価 IV 現在の精神運動発達遅滞、神経症状、筋力低下についての評価(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～4			2:b.軽度の障害を認める(目安として、IQ70未満や補助具などを用いた自立歩行が可能な程度の障害)(1) 3:c.中程度の障害を認める(目安として、IQ50未満や自立歩行が不可能な程度の障害)(2) 4:d.高度の障害を認める(目安として、IQ35未満やほぼ寝たきりの状態)(4)
15	1020600	先天性代謝異常症の重症度評価 V 現在の臓器障害に関する評価(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～4			がない(0) 2:b.肝臓、腎臓、心臓などに軽度機能障害がある(目安として、それぞれの臓器異常による検査異常を認めるもの)(1) 3:c.肝臓、腎臓、心臓などに中等度機能障害がある(目安として、それぞれの臓器異常による症状を認めるもの)(2) 4:d.肝臓、腎臓、心臓などに重度機能障害がある、あるいは移植医療が必要である(目安として、それぞれの臓
16	1020700	先天性代謝異常症の重症度評価 VI 生活の自立・介助などの状況(以下の中からいずれか1つを選択する)			1～4			1:a.自立した生活が可能(0) 2:b.何らかの介助が必要(1) 3:c.日常生活の多くで介助が必要(2) 4:d.生命維持医療が必要(4)
17	1020800	先天性代謝異常症の重症度評価 I～VI合計	数字(半角)	2			整数	この項目は自動入力項目です。詳細は「別紙02【難病のみ】自動入力項目について.xlsx」をご参考ください。
18	1200100	症状の概要、経過、特記すべき事項など	文字列(全角)	500			なし	

19	1100100	人工呼吸器に関する事項 使用の有無			1			1:1.あり
20	1100200	人工呼吸器に関する事項 開始時期	文字列(半角)	6			半角数字	
21	1100300	人工呼吸器に関する事項 離脱の見込み			1～2			1:1.あり 2:2.なし
22	1100400	人工呼吸器に関する事項 種類			1～2			1:1.気管切開孔を介した人工呼吸器 2:2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
23	1100500	人工呼吸器に関する事項 施行状況			1～4			1:1.間欠的施行 2:2.夜間に継続的に施行 3:3.一日中施行 4:4.現在は未施行
24	1100600	人工呼吸器に関する事項 生活状況 食事			1～3			1:自立 2:部分介助 3:全介助
25	1100700	人工呼吸器に関する事項 生活状況 車椅子とベッド間の移動			1～4			1:自立 2:軽度介助 3:部分介助 4:全介助
26	1100800	人工呼吸器に関する事項 生活状況 整容			1～2			1:自立 2:部分介助/不可能
27	1100900	人工呼吸器に関する事項 生活状況 トイレ動作			1～3			1:自立 2:部分介助 3:全介助
28	1101000	人工呼吸器に関する事項 生活状況 入浴			1～2			1:自立 2:部分介助/不可能
29	1101100	人工呼吸器に関する事項 生活状況 歩行			1～4			1:自立 2:軽度介助 3:部分介助 4:全介助
30	1101200	人工呼吸器に関する事項 生活状況 階段昇降			1～3			1:自立 2:部分介助 3:不能
31	1101300	人工呼吸器に関する事項 生活状況 着替え			1～3			1:自立 2:部分介助 3:全介助
32	1101400	人工呼吸器に関する事項 生活状況 排便コントロール			1～3			1:自立 2:部分介助 3:全介助
33	1101500	人工呼吸器に関する事項 生活状況 排尿コントロール			1～3			1:自立 2:部分介助 3:全介助

No.	項目名（親）	要素名（親）	項目名（子）	要素名（子）	最大文字数	型	必須	コード値	補足事項
1	患者情報	patientInformation	保険者番号	insurerNumber	20	全角・半角文字	−	−	
2			被保険者記号	insuredSymbol	20	全角・半角文字	−	−	
3			被保険者番号	insuredNumber	42	全角・半角文字	−	−	
4			被保険者個人単位枝番	insuredBranchNumber	2	半角数字	−	−	
5			資格取得年月日	qualificationAcquisitionDate	8	半角数字	−	−	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
6			姓(フリガナ)	lastnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
7			名(フリガナ)	firstnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
8			姓	lastname	30	全角・半角文字	○	−	
9			名	firstname	30	全角・半角文字	○	−	
10			以前の登録氏名 姓(フリガナ)	previousLastnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
11			以前の登録氏名 名(フリガナ)	previousFirstnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
12			以前の登録氏名 姓	previousLastname	30	全角・半角文字	−	−	
13			以前の登録氏名 名	previousFirstname	30	全角・半角文字	−	−	
14			郵便番号	postalCode	7	半角数字	○	−	ハイフン(−)不要。(9999999形式) 例：東京都千代田区の場合、「1000000」
15			都道府県	prefecture	4	全角文字	○	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例：「北海道」、「東京都」、「海外」
16			市区町村	city	20	全角・半角文字	○	−	出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
17			丁目番地等	townNameAndAddress	200	全角・半角文字	−	−	
18			生年月日	birthdate	8	半角数字	○	−	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
19			性別	gender	1	半角数字	○	1〜2	1:男性 2:女性
20			出生地 都道府県	birthPrefecture	4	全角文字	−	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例：「北海道」、「東京都」、「海外」
21			出生地 市区町村	birthCity	20	全角・半角文字	−		出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
22	基本情報	basicInformation	家族歴	familyMedicalExperience	1	半角数字	−	1〜3	1:1.あり 2:2.なし 3:3.不明
23			発症者続柄	affectedPersonRelationship	2	半角数字	−	1〜11	1:1.父 2:2.母 3:3.子 4:4.同胞(男性) 5:5.同胞(女性) 6:6.祖父(父方) 7:7.祖母(父方) 8:8.祖父(母方) 9:9.祖母(母方) 10:10.いとこ 11:11.その他
24			続柄	othersOfAffectedPersonRelationship	50	全角・半角文字	−	−	
25			発症時期	onsetDate	6	半角数字	−	−	年月で記載。（yyyyMM形式）
26			介護認定	nursingCareCertification	1	半角数字	−	1〜3	1:1.要介護 2:2.要支援 3:3.なし
27			要介護度	degreeOfNursingCare	1	半角数字	−	1〜5	1:1 2:2 3:3 4:4 5:5
28			移動の程度	degreeOfMovement	1	半角数字	−	1〜3	1:1.歩き回るのに問題はない 2:2.いくらかの問題がある 3:3.寝たきりである
29			身の回りの管理	personManagement	1	半角数字	−	1〜3	1:1.洗面や着替えに問題はない 2:2.いくらか問題がある 3:3.自分でできない
30			ふだんの活動	everydayActivities	1	半角数字	−	1〜3	1:1.問題はない 2:2.いくらか問題がある 3:3.行うことができない
31			痛み/不快感	painOrDiscomfort	1	半角数字	−	1〜3	1:1.ない 2:2.中程度ある 3:3.ひどい
32			不安/ふさぎ込み	anxietyOrBlockage	1	半角数字	−	1〜3	1:1.問題はない 2:2.中程度 3:3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる
33			身体障害者手帳	handicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
34			等級(身体障害者手帳)	gradeOfHandicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜6	1:1級 2:2級 3:3級 4:4級 5:5級 6:6級
35			療育手帳	medicalTreatmentNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
36			精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	disabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
37			等級(障害者手帳)	gradeOfDisabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜3	1:1級 2:2級 3:3級
38			人工呼吸器等装着者認定基準に該当	criteriaForCertificationOfWearersSuchAsRespirators	1	半角数字	○	1〜3	1:1.する 2:2.しない 3:3.不明

39	**指定医・医療機関情報**	**designatedDoctorAndMedicalInstitutionInformation**	医療機関名	medicalInstitutionName	50	全角・半角文字	○	－	
40			医療機関所在地	medicalInstitutionAddress	300	全角・半角文字	○	－	
41			電話番号	phoneNumber	14	半角数字・半角記号	○	－	ハイフン（-）必要。 例：999-999-9999
42			医師の氏名	designatedDoctorName	61	全角・半角文字	○	－	氏名（姓）＋ 半角スペース ＋ 氏名（名）
43			指定医番号	designatedDoctorNumber	20	半角英数字	○	－	
44			記載年月日	descriptedDate	8	半角数字	○	－	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
45			診断年月日	diagnosisDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
46	**その他**	**others**	申請種別	applicationType	1	半角数字	○	1～2	1:新規 2:更新
47			添付資料	attachment	1	半角数字	○	1～2	1:あり 2:なし
48			告示番号	notificationNumber	11	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例：19-1_ライソゾーム病（ゴーシェ病） <notificationNumber>19</notificationNumber>
49			告示番号枝番	notificationBranchNumber	2	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 枝番が存在しない場合、値は設定しないでください。 例：19-1_ライソゾーム病（ゴーシェ病） <notificationBranchNumber>1</notificationBranchNumber> 例2：26_HTLV-1関連脊髄症 <notificationBranchNumber></notificationBranchNumber> もしくは <notificationBranchNumber/>
50			バージョン	version	7	半角数字・半角記号	○	－	難病のマスタのバージョンを指定。（9.9.9形式） 例：2.1.0
51	**行政記載欄**	**administrativeEntryColumn**	受給者番号	recipientNumber	7	半角数字	－	－	医療機関では未利用のため指定不要。
52			認定結果	certificationResult	1	半角数字	－	1～2	医療機関では未利用のため指定不要。 1:認定 2:不認定

No.	項目名（親）	要素名（親）	項目名（子）	要素名（子）	最大文字数	型	必須	コード値	補足事項
1	患者情報	patientInformation	保険者番号	insurerNumber	20	全角・半角文字	−	−	
2			被保険者記号	insuredSymbol	20	全角・半角文字	−	−	
3			被保険者番号	insuredNumber	42	全角・半角文字	−	−	
4			被保険者個人単位枝番	insuredBranchNumber	2	半角数字	−	−	
5			資格取得年月日	qualificationAcquisitionDate	8	半角数字	−	−	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
6			姓(フリガナ)	lastnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
7			名(フリガナ)	firstnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
8			姓	lastname	30	全角・半角文字	○	−	
9			名	firstname	30	全角・半角文字	○	−	
10			以前の登録氏名 姓(フリガナ)	previousLastnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
11			以前の登録氏名 名(フリガナ)	previousFirstnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
12			以前の登録氏名 姓	previousLastname	30	全角・半角文字	−	−	
13			以前の登録氏名 名	previousFirstname	30	全角・半角文字	−	−	
14			郵便番号	postalCode	7	半角数字	○	−	ハイフン（−）不要。（9999999形式） 例：東京都千代田区の場合、「1000000」
15			都道府県	prefecture	4	全角文字	○	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例：「北海道」、「東京都」、「海外」
16			市区町村	city	20	全角・半角文字	○	−	出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
17			丁目番地等	townNameAndAddress	200	全角・半角文字	−	−	
18			生年月日	birthdate	8	半角数字	○	−	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
19			性別	gender	1	半角数字	○	1〜2	1:男性 2:女性
20			出生地 都道府県	birthPrefecture	4	全角文字	−	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例：「北海道」、「東京都」、「海外」
21			出生地 市区町村	birthCity	20	全角・半角文字	−		出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
22	基本情報	basicInformation	家族歴	familyMedicalExperience	1	半角数字	−	1〜3	1:1.あり 2:2.なし 3:3.不明
23			続柄	othersOfAffectedPersonRelationship	50	全角・半角文字	−	−	
24			発症時期	onsetDate	6	半角数字	−	−	年月で記載。（yyyyMM形式）
25			身体障害者手帳	handicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
26			等級(身体障害者手帳)	gradeOfHandicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜6	1:1級 2:2級 3:3級 4:4級 5:5級 6:6級
27			療育手帳	medicalTreatmentNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
28			精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	disabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
29			等級(障害者手帳)	gradeOfDisabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜3	1:1級 2:2級 3:3級
30			人工呼吸器等装着者認定基準に該当	criteriaForCertificationOfWearersSuchAsRespirators	1	半角数字	○	1〜3	1:1.する 2:2.しない 3:3.不明

31	**指定医・医療機関情報**	**designatedDoctorAndMedicalInstitutionInformation**	医療機関名	medicalInstitutionName	50	全角・半角文字	○	－	
32			医療機関所在地	medicalInstitutionAddress	300	全角・半角文字	○	－	
33			電話番号	phoneNumber	14	半角数字・半角記号	○	－	ハイフン（-）必要。 例：999-999-9999
34			医師の氏名	designatedDoctorName	61	全角・半角文字	○	－	氏名（姓）＋ 半角スペース ＋ 氏名（名）
35			指定医番号	designatedDoctorNumber	20	半角英数字	○	－	
36			記載年月日	descriptedDate	8	半角数字	○	－	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
37			診断年月日	diagnosisDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。（yyyyMMdd形式）
38	**その他**	**others**	申請種別	applicationType	1	半角数字	○	1～2	1:新規 2:更新
39			添付資料	attachment	1	半角数字	○	1～2	1:あり 2:なし
40			告示番号	notificationNumber	11	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例：97_潰瘍性大腸炎 <notificationNumber>97</notificationNumber>
41			告示番号枝番	notificationBranchNumber	2	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 枝番が存在しない場合、値は設定しないでください。 例：19-1_ライソゾーム病（ゴーシェ病） <notificationBranchNumber>1</notificationBranchNumber> 例2：97_潰瘍性大腸炎 <notificationBranchNumber></notificationBranchNumber> もしくは <notificationBranchNumber/>
42			バージョン	version	7	半角数字・半角記号	○	－	難病のマスタのバージョンを指定。（9.9.9形式） 例：2.1.0
43	**行政記載欄**	**administrativeEntryColumn**	受給者番号	recipientNumber	7	半角数字	－	－	医療機関では未利用のため指定不要。
44			認定結果	certificationResult	1	半角数字	－	1～2	医療機関では未利用のため指定不要。 1:認定 2:不認定

No.	項目名(親)	要素名(親)	項目名(子)	要素名(子)	最大文字数	型	必須	コード値	補足事項
1	患者情報	patientInformation	申請種別補足情報	supplementaryInformationForApplicationType	1	半角数字	－	1	申請種別が新規である場合、登録不可。 1: 転入
2			転出実施主体名	movingOutPlace	200	全角・半角文字	－	－	申請種別が新規である場合、登録不可。
3			保険者番号	insurerNumber	20	全角・半角文字	－	－	
4			被保険者記号	insuredSymbol	20	全角・半角文字	－	－	
5			被保険者番号	insuredNumber	42	全角・半角文字	－	－	
6			被保険者個人単位枝番	insuredBranchNumber	2	半角数字	－	－	
7			資格取得年月日	qualificationAcquisitionDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
8			姓(フリガナ)	lastnameFurigana	30	全角カタカナ	○	－	
9			名(フリガナ)	firstnameFurigana	30	全角カタカナ	○	－	
10			姓	lastname	30	全角・半角文字	○	－	
11			名	firstname	30	全角・半角文字	○	－	
12			以前の登録氏名 姓(フリガナ)	previousLastnameFurigana	30	全角カタカナ	－	－	
13			以前の登録氏名 名(フリガナ)	previousFirstnameFurigana	30	全角カタカナ	－	－	
14			以前の登録氏名 姓	previousLastname	30	全角・半角文字	－	－	
15			以前の登録氏名 名	previousFirstname	30	全角・半角文字	－	－	
16			郵便番号	postalCode	7	半角数字	○	－	ハイフン(-)不要。(9999999形式) 例:東京都千代田区の場合、「1000000」
17			都道府県	prefecture	4	全角文字	○	－	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例:「北海道」、「東京都」、「海外」
18			市区町村	city	20	全角・半角文字	○	－	出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
19			丁目番地等	townNameAndAddress	200	全角・半角文字	－	－	
20			生年月日	birthdate	8	半角数字	○	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
21			性別	gender	1	半角数字	○	1～3	1:男性 2:女性 3:性別未決定
22			出生地 都道府県	birthPrefecture	4	全角文字	－	－	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例:「北海道」、「東京都」、「海外」
23			出生地 市区町村	birthCity	20	全角・半角文字	－	－	出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
24			出生体重	birthWeight	6	半角数字 (小数可)	○	－	単位:g 最大文字数に小数点を含む。 小数点を含む場合、小数点以下は1桁で記載。 例:3000、2501.6
25			出生週数	birthWeeks	4	全角・半角文字	○	－	WW/dで記載。(WW週/d日) 例:00/9、40/2
26	基本情報	basicInformation	発症時期	onsetDate	6	半角数字	－	－	年月で記載。(yyyyMM形式)
27			記載時の年齢	age	8	全角・半角文字	－	－	aa/MM/ddで記載。(aa歳MMか月dd日) 例:02/02/26
28			現在の身長	height	5	半角数字 (小数可)	－	－	単位:cm 最大文字数に小数点を含む。 小数点を含む場合、小数点以下は1桁で記載。 例:100、50.1
29			身長のSD	heightSd	5	半角数字 (小数可)	－	－	単位:SD
30			現在の身長 測定日	heightMeasurementDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
31			現在の体重	weight	5	半角数字 (小数可)	－	－	最大文字数に小数点を含む。 単位:kg
32			体重のSD	weightSd	5	半角数字 (小数可)	－	－	最大文字数に小数点を含む。 単位:SD
33			現在の体重 測定日	weightMeasurementDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
34			BMI	bmi	5	半角数字 (小数可)	－	－	最大文字数に小数点を含む。
35			肥満度	degreeOfObesity	5	半角数字 (小数可)	－	－	最大文字数に小数点を含む。 単位:%
36			身体障害者手帳	handicappedPersonsNotebook	1	半角数字	－	1～2	1:なし 2:あり
37			等級(身体障害者手帳)	gradeOfHandicappedPersonsNotebook	1	半角数字	－	1～6	1:1級 2:2級 3:3級 4:4級 5:5級 6:6級
38			療育手帳	medicalTreatmentNotebook	1	半角数字	－	1～2	1:なし 2:あり
39			精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	disabilityCertificate	1	半角数字	－	1～2	1:なし 2:あり
40			等級(障害者手帳)	gradeOfDisabilityCertificate	1	半角数字	－	1～3	1:1級 2:2級 3:3級
41			現状評価	evaluation	1	半角数字	－	1～8	1: 治癒 2: 寛解 3: 改善 4: 不変 5: 再発 6: 悪化 7: 死亡 8: 判定不能
42			運動制限の必要性	needForExerciseRestriction	1	半角数字	－	1～2	1: なし 2: あり
43			人工呼吸器等装着者認定基準に該当	criteriaForCertificationOfWearersSuchAsRespirators	1	半角数字	○	1～3	1:する 2:しない 3:不明
44			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	chronicSpecificDiseaseInChildrenFallsUnderTheCriteriaForCertificationOfSeverePatients	1	半角数字	○	1～3	1: する 2: しない 3: 不明

45	指定医・医療機関情報	designatedDoctorAndMedicalInstitutionInformation	医療機関名	medicalInstitutionName	50	全角・半角文字	○	－	
46			医療機関所在地	medicalInstitutionAddress	300	全角・半角文字	○	－	
47			電話番号	phoneNumber	14	半角数字・半角記号	○	－	ハイフン(-)必要。 例：999-999-9999
48			医師の氏名	designatedDoctorName	61	全角・半角文字	○	－	氏名(姓) + 半角スペース + 氏名(名)
49			小児慢性特定疾病　指定医番号	designatedDoctorNumber	20	半角英数字	○	－	
50			診療科	department	50	全角・半角文字	○	－	
51			記載年月日	descriptedDate	8	半角数字	○	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
52			診断年月日	diagnosisDate	8	半角数字	－	－	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
53	その他	others	申請種別	applicationType	1	半角数字	○	1～2	1: 新規 2: 継続申請
54			添付資料	attachment	1	半角数字	○	1～2	1: あり 2: なし
55			告示番号	notificationNumber	11	半角数字	－	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 ※小慢の場合、告示番号は任意項目です。 例：80_1_前駆B細胞急性リンパ性白血病 <notificationNumber>80</notificationNumber>
56			告示番号枝番	notificationBranchNumber	2	半角数字	－	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 枝番が存在しない場合、値は設定しないでください。 ※小慢の場合、告示番号枝番は任意項目です。 例：80_1_前駆B細胞急性リンパ性白血病 <notificationBranchNumber></</notificationBranchNumber> もしくは <notificationBranchNumber/>
57			疾患群番号	diseaseGroupNumber	2	半角数字	○	1～16,99	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例：80_1_前駆B細胞急性リンパ性白血病 <diseaseGroupNumber>1</diseaseGroupNumber> 意見書2.0.0以降のバージョンでは99:成長ホルモン治療は登録不可 1: 悪性新生物 2: 慢性腎疾患 3: 慢性呼吸器疾患 4: 慢性心疾患 5: 内分泌疾患 6: 膠原病 7: 糖尿病 8: 先天性代謝異常 9: 血液疾患 10: 免疫疾患 11: 神経・筋疾患 12: 慢性消化器疾患 13: 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 14: 皮膚疾患 15: 骨系統疾患 16: 脈管系疾患 99: 成長ホルモン治療
58			大分類番号	majorClassificationNumber	2	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例：80_1_前駆B細胞急性リンパ性白血病 <majorClassificationNumber>1</majorClassificationNumber>
59			細分類番号	subClassificationNumber	3	半角数字	○	－	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例：80_1_前駆B細胞急性リンパ性白血病 <subClassificationNumber>1</subClassificationNumber>
60			バージョン	version	7	半角数字・半角記号	○	－	小慢のマスタのバージョンを指定。(9.9.9形式) 例：3.0.0
61	行政記載欄	administrativeEntryColumn	受給者番号	recipientNumber	7	半角数字	－	－	医療機関では未利用のため指定不要。
62			認定結果	certificationResult	1	半角数字	－	1～2	医療機関では未利用のため指定不要。 1:認定 2:不認定