

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【心臓機能障害用】

新規認定

受診者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
受診者住所		手帳等級	種 級

障害名 (身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)

更生医療の対象となる疾病	疾病名	
	病歴	
	現症	○更生医療を必要とする身体機能・障がいの状況 ○参考となる検査所見 (心電図・心カテーテル・心血管造影・画像診断等の所見を記入のこと)

医療の具体的方針	○手術予定日 (年 月 日) ○術名・療法 ()	医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
		区 分	摘 要	金 額
		初診・再診料		円
		投薬料		円
		注射料		円
		処置料		円
		手術麻酔料		円
		検査料		円
		入院料		円
		その他		円
合 計		円		
診療見込期間 (入院又は通院で3ヶ月以内)	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算 日間	
	通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算 日間	

○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度

上記のとおり診断する。
年 月 日
指定自立支援医療機関の所在地
名 称
電話番号
主として担当する医師の氏名

※ 身障手帳の「障害名」と更生医療の対象となる病名が一致しない場合は、手術により障がいが補われ、又は障がいの程度が軽減することが見込まれることを明確に記載して下さい。

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏 面)

- ※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【じん臓機能障害用】

新規認定

受診者 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者 住所			手帳等級	種 級	
原傷病名			発症年月日	年 月 日	
病歴・経過			血液透析開始日 (年 月 日) 腹膜透析開始日 (年 月 日) 腎移植施行日 (年 月 日)		
現症	検査成績等 (透析療法開始直前・透析実施直前) ・内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) ・血清クレアチニン濃度 (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・血清尿素窒素濃度 (mg/dl) ・尿所見 ()	・ヘモグロビン (g/dl) ・胸部エックス線写真所見 () ・その他参考となる臨床症状 ()			
医療 の 具 体 的 方 針	<input type="checkbox"/> 血液透析 (導入・継続) (回/週)		医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
	<input type="checkbox"/> バスチューアクセス (内シャント等) 設置 (透析開始予定日 年 月 日)		区 分	摘 要	金 額
	<input type="checkbox"/> バスチューアクセス (内シャント等) トラブルの治療		初診・再診料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (導入・継続) (CAPD 回/日・APD)		投薬料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 (透析開始予定日 年 月 日)		注射料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療		処置料		円
	<input type="checkbox"/> 腎移植術		手術麻酔料		円
	<input type="checkbox"/> 腎移植に伴う免疫療法		検査料		円
	<input type="checkbox"/> 移植腎不適応のための摘出術		入院料		円
	<input type="checkbox"/> その他 ()		その他		円
		合 計		円	
入院を要する場合の理由 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外 手術名 () 手術予定日 ()					
診療見込期間 (入院又は通院で1年以内) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月		入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
		通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
		訪問看護	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

※ 人工透析療法及びじん移植に伴う抗免疫療法の入院又は通院の診療見込期間は、最長1年の取扱いが可能です。あくまで治療に必要な期間として下さい。

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。また、入院を要する場合の理由については、具体的に記載して下さい。

<記入例> シヤント閉塞により入院加療の見込みがあるため
骨折治療のため
脳梗塞後遺症により、自宅での生活が困難なため

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【肢体不自由用】

新規認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		
受診者住所			手帳等級	種 級		
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)					
病歴	○障がいの原因となった傷病の発症年月日 (年 月 日)					
現症	○更生医療を必要とする身体機能・障がいの状況					
	○参考となる検査所見 (X線所見、筋力検査所見、関節可動域所見等を具体的に記入のこと)					
医療の具体的方針	○手術予定日 (年 月 日) ○術名・療法 ()			医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
				区 分	摘 要	金 額
				初診・再診料		円
				投薬料		円
				注射料		円
				処置料		円
				手術麻酔料		円
				検査料		円
				入院料		円
				その他		円
		合 計		円		
診療見込期間	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間		
(入院又は通院で3ヶ月以内)	通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間		
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度						
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名						

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載して下さい。

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

- ※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【その他障害用】

新規認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
受診者住所			手帳等級	種 級	
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)				
病歴	○障がいの原因となった傷病の発症年月日 (年 月 日)				
現症	○更生医療を必要とする身体機能・障がいの状況				
	○参考となる検査所見				
医療の具体的方針	○手術予定日 (年 月 日)		医療費概算額（診療見込期間内の総額）		
			区 分	摘 要	金 額
			初診・再診料		円
			投薬料		円
			注射料		円
			処置料		円
			手術麻酔料		円
			検査料		円
			入院料		円
	○術名・療法 ()	その他		円	
	合 計		円		
診療見込期間 (入院3ヶ月又は通院1年以内)	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間			
	通 院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間			
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載して下さい。
 ※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用して下さい。
 ※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

(裏面)

- ※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。なお、免疫機能障害に対する抗H I V療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法及び歯科矯正療法それぞれの通院の有効期間は1年以内が可能です。
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

(表面)

自立支援医療(更生医療)意見書【心臓機能障害用】

方針変更

再認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
受診者住所			手帳等級	種 級	
更生医療の対象となった疾病名					
従前の方針	術名・療法	入院・通院の別	有効期間		
現症	○更生医療の方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況				
	○参考となる検査所見 (心電図・心カテーテル・心血管造影・画像診断等の所見を具体的に記入のこと)				
医療の具体的方針	○方針変更・再認定時更生医療の内容		医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
			区分	摘要	金額
			初診・再診料		円
			投薬料		円
			注射料		円
			処置料		円
			手術麻酔料		円
			検査料		円
			入院料		円
			その他		円
		合計		円	
○手術予定日 (年 月 日)					
○術名・療法 ()					
診療見込期間 (入院3ヶ月又は通院1年以内)	入院	年 月 日	～	年 月 日	通算 日間
	通院	年 月 日	～	年 月 日	通算 日間
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけて下さい。

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。
なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。
支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。ただし、心臓移植後の抗免疫療法及び心臓弁の手術に伴う抗凝固療法については、最長1年以内とすることが可能です。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告して下さい。
(この場合、表面では「再認定」に丸印をつけて下さい。)
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書【じん臓機能障害用】

方針変更

再認定

受診者 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者 住 所			手帳等級	種 級	
従前の 方 針	術名・療法		入院・通院の別	有 効 期 間	
現 症	方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況				
	検査成績等（透析療法開始直前・透析実施直前） ・内因性クレアチンクリアランス値（ ml/分） ・血清クレアチニン濃度（ mg/dl） ・eGFR（ ml/分/1.73 m ² ） ・血清尿素窒素濃度（ mg/dl） ・尿所見（ ）	・ヘモグロビン（ g/dl） ・胸部エックス線写真所見（ ） ・その他参考となる臨床症状 （ ）			
医 療 の 具 体 的 方 針	<input type="checkbox"/> 血液透析（導入・継続）（ 回/週）		医療費概算額（診療見込期間内の総額）		
	<input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス（内シャント等）設置 （透析開始予定日 年 月 日）		区 分	摘 要	金 額
	<input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス（内シャント等）トラブルの治療		初診・再診料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析（導入・継続） （CAPD 回/日・APD）		投薬料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 （透析開始予定日 年 月 日）		注射料		円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療		処置料		円
	<input type="checkbox"/> 腎移植術		手術麻酔料		円
	<input type="checkbox"/> 腎移植に伴う免疫療法		検査料		円
	<input type="checkbox"/> 移植腎不適応のための摘出術		入院料		円
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		その他		円
		合 計		円	
入院を要する場合の理由 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外 手術名（ ） 手術予定日（ ）					
診療見込期間		入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
(入院又は通院で1年以内) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月		通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
		訪問看護	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけて下さい。

※ この意見書の作成に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。
- ※ 人工透析療法及びじん移植に伴う抗免疫療法の入院又は通院の診療見込期間は、最長1年の取扱いが可能です。あくまで治療に必要な期間として下さい。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告して下さい。(この場合、「再認定」に丸印をつけて下さい。)
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象とならないので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象とならないので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。
- ※ 入院を要する場合の理由については、具体的に記載して下さい。
＜記入例＞ シヤント閉塞により入院加療の見込みがあるため
骨折治療のため
脳梗塞後遺症により、自宅での生活が困難なため

(表 面)

自立支援医療(更生医療)意見書【肢体不自由用】

方針変更

再認定

受診者 氏 名		生年 月 日	年 月 日 () 歳		
受診者 住 所		手帳 等級	種 級		
従前の 方 針	術 名 ・ 療 法		入 院 ・ 通 院 の 別		有 効 期 間
現 症	○更生医療の方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況				
	○参考となる検査所見 (X線所見、筋力検査所見、関節可動域所見等を具体的に記入のこと)				
医 療 の 具 体 的 方 針	○方針変更・再認定時更生医療の内容		医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
			区 分	摘 要	金 額
			初診・再診料		円
			投薬料		円
			注射料		円
			処置料		円
			手術麻酔料		円
			検査料		円
			入院料		円
			その他		円
		合 計		円	
		○手術予定日 (年 月 日)			
		○術名・療法 ()			
診療見込期間 (入院又は通院で3ヶ月以内)		入 院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間		
		通 院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間		
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけて下さい。

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。
なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。
支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告して下さい。
(この場合、表面では「再認定」に丸印をつけて下さい。)
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

(表 面)

自立支援医療(更生医療)意見書【その他障害用】

方針変更

再認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
受診者住所			手帳等級	種 級	
従前の方針	術名・療法		入院・通院の別		有効期間
現症	○更生医療の方針変更・再認定を必要とする身体機能・障がいの状況				
	○参考となる検査所見				
医療の具体的方針	○方針変更・再認定時更生医療の内容		医療費概算額 (診療見込期間内の総額)		
			区 分	摘 要	金 額
	○手術予定日 (年 月 日)		初診・再診料		円
			投薬料		円
			注射料		円
			処置料		円
			手術麻酔料		円
			検査料		円
			入院料		円
			その他		円
○術名・療法 ()		合 計		円	
診療見込期間 (入院3か月又は通院1年以内)	入 院	年 月 日 ~	年 月 日	通算 日間	
	通 院	年 月 日 ~	年 月 日	通算 日間	
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の所在地</p> <p>名 称</p> <p>電話番号</p> <p>主として担当する医師の氏名</p>					

※ この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけて下さい。
 ※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。
 ※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用して下さい。

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。なお、免疫機能障害に対する抗HIV療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法及び歯科矯正療法に対する通院の有効期間は、最長1年以内とすることが可能です。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告して下さい。(この場合、表面では「再認定」に丸印をつけて下さい。)
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。