

| 自立支援医療（育成医療）意見書                                                          |                                                    |                                       |     |       |   |       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|-----|-------|---|-------|
| フリガナ                                                                     |                                                    | 性別                                    | 男・女 | 年齢    | 歳 | 年 月 日 |
| 受診者氏名                                                                    |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 受診者住所                                                                    |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 病 名                                                                      |                                                    | 発症年月日                                 |     | 年 月 日 |   |       |
| 下記の障害を (有している) ・ (障害を残す恐れがある。) ※いずれかに○をつける。                              |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 障害の種類<br><br>裏面の別表を参照し、該当するものに○をつけ、(一)のあるものには、該当する項番号を記入する。              | (1) 肢体不自由 ( - ) (2) 視覚障害 ( - ) (3) 聴覚・平衡機能障害 ( - ) |                                       |     |       |   |       |
|                                                                          | (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 ( - ) (5) 心臓機能障害 (6) じん臓機能障害    |                                       |     |       |   |       |
|                                                                          | (7) 小腸機能障害 (8) その他内臓障害 (9) 免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害      |                                       |     |       |   |       |
| 医療の具体的方針                                                                 |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 治療後における障害の回復状況の見込                                                        |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 治 療                                                                      | 治療見込期間                                             | 手 術 予 定 日 年 月 日                       |     |       |   |       |
|                                                                          |                                                    | 入院治療期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 日間           |     |       |   |       |
|                                                                          |                                                    | 通院治療回数 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 並びに期間 回 日間   |     |       |   |       |
|                                                                          |                                                    | 訪問看護予定回数 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 並びに期間 回 日間 |     |       |   |       |
|                                                                          |                                                    | 通算 日間                                 |     |       |   |       |
|                                                                          | 医療費概算額                                             | 入 院 治 療 費 円                           |     |       |   |       |
|                                                                          |                                                    | 通 院 治 療 費 円                           |     |       |   |       |
| 訪 問 看 護 費 円 } 計 円                                                        |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 移送費見込額                                                                   |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 医療費及び移送費合計額                                                              |                                                    |                                       |     |       |   |       |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。<br>年 月 日<br>指定自立支援医療機関名<br>電話番号<br>担当医師名 印 |                                                    |                                       |     |       |   |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>参 考</div> <div>○身体障害者福祉法</div> <div>別 表</div> <div>一 次に掲げる視力障害で、永続するもの</div> <div>二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの</div> <div>三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害</div> <div>四 次に掲げる肢体不自由</div> <div>五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの</div> </div> | <div> <div>第4条</div> <div>1 両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの</div> <div>2 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの</div> <div>3 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの</div> <div>4 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの</div> <div>1 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デジベル以上のもの</div> <div>2 一耳の聴力レベルが90デジベル以上、他耳の聴力レベルが50デジベル以上のもの</div> <div>3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの</div> <div>4 平衡機能の著しい障害</div> <div>1 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失</div> <div>2 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの</div> <div>1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの</div> <div>2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの</div> <div>3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの</div> <div>4 両下肢のすべての指を欠くもの</div> <div>5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの</div> <div>6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害</div> <div>※ 身体障害者福祉法施行令</div> <div>（政令で定める障害）</div> <div>第36条 法別表第5条に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。</div> <div>一 ぼうこう又は直腸の機能</div> <div>二 小腸の機能</div> <div>三 ヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能</div> <div>四 肝臓の機能</div> </div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |