

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(視覚障害用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	(種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容				金 額
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年	月	日
(臨床所見)					
(備考)					
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
医療機関名					
医師氏名					

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は原則3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書 (聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害用)				
ふりがな			生年 月 日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	(種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容				金 額
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
(臨床所見)			
(備考)			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は原則3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(肢体不自由用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	(種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容				金 額
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

更生医療 予定期間	入院	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
	通院	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
手術予定日	年 月 日	
(臨床所見)		
(備考)		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名		

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(心臓機能障害用)				
ふりがな			生年 月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	心臓機能障害 (種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容			金 額	
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

更生医療 予定期間	入院	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
	通院	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)
手術予定日	年 月 日	
(臨床所見)		
(備考)		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名		

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(じん臓機能障害者用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	じん臓機能障害 (種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容			金 額	
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	血液透析(回数 /週)、腹膜透析(回数 /週)、腎移植、抗免疫療法		
	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見 (年 月 日)		臨床症状	
内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分、測定不能)		1. 体液貯留(全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫)	
		2. 体液異常(管理不能の電解質、酸塩基平行異常)	
血清クレアチニン濃度 (mg/dl)		3. 消化器症状(悪心、嘔吐、食思不振、下痢等)	
血清尿素窒素濃度 (mg/dl)		4. 循環器症状(重篤な高血圧、心不全、心包炎)	
血 清 電 解 質		5. 神経症状(中枢・末梢神経障害、精神障害)	
Na mEq/l	K mEq/l	6. 血液異常(高度の貧血症状、出血傾向)	
Ca mg/dl	Cl mEq/l	7. 視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)	
P mg/dl	尿酸 mg/dl	日常生活障害程度	
末 梢 血 液 所 見		1. 尿毒症状のため起床できない	
RBC $\times 10^4/\mu\text{l}$	WBC /mm ³	2. 日常生活が著しく制限される	
Hb g/dl	Ht %	3. 労働が制限される	
24時間尿量 ml	血圧 ～ mmHg	(備考)	
(尿所見)			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療(じん臓機能障害)の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(小腸機能障害用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	小腸機能障害 (種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容			金 額	
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見（ 年 月 日）			
赤血球数	（ mm ³ ）	血色素量	（ g/dl ）
血清総蛋白濃度	（ g/dl）	血清アルブミン濃度	（ g/dl ）
血清総コレステロール濃度	（ mg/dl）	中性脂肪	（ mg/dl ）
血清ナトリウム濃度	（ mEq/l）	血清カリウム濃度	（ mEq/l ）
血清クロール濃度	（ mEq/l）	血清マグネシウム濃度	（ mEq/l ）
血清カルシウム濃度	（ mg/dl）		
（合併症及びその他の所見）			
（備考）			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療（更生医療）は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療（小腸機能障害）の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(免疫機能障害用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	免疫機能障害 (種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容				金 額
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見（ 年 月 日）			
CD4陽性Tリンパ球数（ / μ l ）		好中球数（ / μ l ）	
全リンパ球数（ / μ l ）		血小板数（ / μ l ）	
白血球数（ / μ l ）		血色素数（ g/dl ）	
HIV－RNA量（ copy/ml ）			
（合併症及びその他の所見） 			
（備考） 			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療（更生医療）は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療（免疫機能障害）の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(肝臓機能障害用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	肝臓機能障害 (種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容			金 額	
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見（ 年 月 日）			
GOT(AST)	IU/L	血小板	/mm ³
GPT(ALT)	IU/L	血清アルブミン値	g/dl
γ-GTP	IU/L	プロトロンビン時間	秒・%
ALP	IU/L	血清総ビリルビン値	mg/dl
LDH	IU/L		
(合併症及びその他の所見)			
(備考)			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療（更生医療）は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療（肝臓機能障害）の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。