

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
受診者氏名				
受診者住所				
病名		発症年月日		
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(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) 腎臓機能障害	
	(7) 小腸機能障害	(8) 肝臓機能障害	(9) その他内臓障害	(10) 免疫機能障害
具体的な障害の状況	<div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; border-top: 2px solid black; border-bottom: 2px solid black; padding: 10px;"> </div>			の状態で、
	身体障害者福祉法第4条別表の（ ）と同程度の			1. 障害を有する 2. 障害を残す恐れがある
	※裏面の別表を参照のうえ（ ）に番号を入れ、1又は2に○印をつけてください。			
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み				
治療	治療見込期間※	入院治療期間	日間	診療開始予定日
		通院治療回数並びに期間	回	日間
		訪問看護予定回数並びに期間	回	日間
医療費概算額	入院治療費	円	}	計 円
	通院治療費	円		
	訪問看護等	円		
移送費見込額	円	医療費及び移送費合計額	円	
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>				

※ 治療見込期間は原則3か月以内です。特に必要と認める場合に限り、1年以内の期間となります。
ただし、経過観察や検査のみの入院および通院は対象になりません。

○身体障害者福祉法 第4条 別表

意見書(表面)に記入される場合は
1-③のように記載してください。

1 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- 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
- ②一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
- ③両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
- ④両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの

2 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- ①両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの
- ②一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの
- 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
- ④平衡機能の著しい障害

3 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

- ①音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
- 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

4 次に掲げる肢体不自由

- 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
- 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
- ③一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- ④両下肢のすべての指を欠くもの
- 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
- ⑥①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

5 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

6 5において、その他 政令で定める障害は、次に掲げる機能障害とする。

- ①ぼうこう又は直腸の機能
- ②小腸の機能
- ③ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能