

(様式第2号の1)

自立支援医療(更生医療)意見書(肢体不自由用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名	☐ 1 変形性関節症 [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] [☐ 膝 ☐ 股 ☐ その他()] ☐ 2 関節リウマチ [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] [☐ 膝 ☐ 股 ☐ その他()] ☐ 3 脳性麻痺 ☐ 4 後縦靱帯硬化症 ☐ 5 脊柱管狭窄症 ☐ 6 その他 ()		
治療経過及び障害の現症	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や機能障害の状況－関節の可動域、筋力、変形・拘縮、疼痛、ADL面等－について記載すること】		
医療の具体的方針	☐ 1 手術 ☐ 2 リハビリテーション ☐ 3 その他()		
	手術の内容	☐ 1 人工関節置換術 [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] [☐ 膝 ☐ 股 ☐ その他()] ☐ 2 骨切り術 ☐ 3 関節形成術 ☐ 4 関節固定術 ☐ 5 金属等抜去術 ☐ 6 義肢装着のための断端形成術 ☐ 7 その他()	
		【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】	
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) 〔 入院の主たる治療目的 〕 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	0 円
	手 術 料			円	円	円	0 円
	投 薬	内服薬	剤				
			日分	円	円	円	0 円
		院 外 方	回	□ 1 有	円	円	円
	□ 2 無			円	円	円	0 円
	注 射	回		円	円	円	0 円
	処 置	内容		円	円	円	0 円
	検 査	内容		円	円	円	0 円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	0 円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	0 円
	リハビリテーション	内容		円	円	円	0 円
	そ の 他	内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
	合 計			0 円	0 円	0 円	0 円
	※1 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）						
※2 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。
年 月 日
指定自立支援医療機関の名称
所 在 地
電 話 番 号 ()
診 療 科
主として担当する医師名（指定医師） 印
※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の2)

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障害用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名	☐ 1 [☐ 大動脈弁 ☐ 僧帽弁 ☐ 三尖弁] [☐ 閉鎖不全症 ☐ 狭窄症]		
	☐ 2 [☐ 胸部 ☐ 上行 ☐ 弓部] 大動脈瘤		
	☐ 3 [☐ 心房 ☐ 心室] [☐ 細動 ☐ 頻拍 ☐ 中隔欠損症]		
	☐ 4 心筋梗塞 ☐ 5 狭心症 ☐ 6 房室ブロック ☐ 7 大動脈解離		
	☐ 8 その他 ()		
治療経過 及び 障害の現症	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や動悸、息切れ、呼吸困難、胸痛、浮腫、収縮期心雑音等について記載すること】		
	胸部X線所見	心胸郭比 % (年 月 日 撮影)	
医療の具体的方針	手術の内容	☐ 1 弁置換術 [☐ 大動脈弁 ☐ 僧帽弁 ☐ 三尖弁] [☐ 生体弁 ☐ 機械弁]	
		☐ 2 弁形成・弁輪縫縮術 [☐ 大動脈弁 ☐ 僧帽弁 ☐ 三尖弁]	
		☐ 3 経皮的冠動脈形成術 ☐ POBA ☐ スtent留置 ☐ DCA ☐ ロータブレード]	
		☐ 4 冠動脈バイパス術 [☐ 心拍動下 ☐ 体外循環下]	
		☐ 5 ペースメーカー移植術 [☐ 新規 ☐ 交換]	
		☐ 6 植込型除細動器(ICD)移植術 [☐ 新規 ☐ 交換] ☐ 7 メイズ手術	
		☐ 8 人工血管置換術 [☐ 上行大動脈 ☐ 弓部大動脈] ☐ 9 大動脈基部置換術	
		☐ 10 中隔欠損孔閉鎖術 [☐ 心房 ☐ 心室]	
		☐ 11 その他 ()	
		【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】	
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) [入院の主たる治療目的] 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	0 円
	手 術 料			円	円	円	0 円
	投 薬 院 外 □ 1 有 処 方 □ 2 無	内服薬	剤	円	円	円	0 円
			日分				
			回	円	円	円	0 円
			回	円	円	円	0 円
	注 射	回		円	円	円	0 円
	処 置	内容		円	円	円	0 円
	検 査	内容		円	円	円	0 円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	0 円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	0 円
	そ の 他	内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
合 計			0 円	0 円	0 円	0 円	
※1 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）							
※2 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号 ()

診 療 科

主として担当する医師名(指定医師) 印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日

自立支援医療(更生医療)意見書(腎臓機能障害用)

申請の区分		☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
住所				
腎臓機能障害の 起因となった 原疾患名		☐ 1 糖尿病性腎症 ☐ 2 慢性糸球体腎炎 ☐ 3 腎硬化症 ☐ 4 ネフローゼ症候群 ☐ 5 多発性嚢胞腎 ☐ 6 その他()		
治療経過及び 障害の現症	治療経過	透析療法開始日	血液透析	年 月 日 開始
			腹膜透析	年 月 日 開始
	腎臓移植実施日	年 月 日 [☐ 1 生体腎移植 ☐ 2 献腎移植] 実施		
	腎機能	①内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分 ☐ 測定不能 ☐ 未実施) ②血清クレアチニン濃度 (mg/dl) ③血清尿素窒素濃度 mg/dl ④水分電解質(Na mEq/l、 K mEq/l、 Ca mg/dl、 P mg/dl) ※透析継続中の者は、直近の透析前の数値を記入すること。 (上記検査年月日 年 月 日)		
		【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見等で特記すべき事項があれば記載すること】		
医療の具体的方針		☐ 1 血液透析 (週 回) ☐ 2 腹膜透析 ☐ 3 腎移植術 [☐ 生体腎移植 ☐ 献腎移植] ☐ 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査 ☐ 5 その他 () 【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】		
治療の形態		☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間		年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) 〔 入院の主たる治療目的 〕 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み		【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合 計
	入院（再診）料			円	円	円	0 円
	手術料			円	円	円	0 円
	投 薬 院 外 処 方 □ 1 有 □ 2 無	内 服 薬 ※ 3 参 照	剤	円	円	円	0 円
			日分				
		局所麻酔薬 (人工透析)	回	円	円	円	0 円
			消毒薬 (人工透析)	回	円	円	円
	注 射	回		円	円	円	0 円
	処 置	内 容		円	円	円	0 円
	検 査	内 容		円	円	円	0 円
	画 像 診 断	内 容		円	円	円	0 円
	慢性維持透析患者 外来医学管理料 ※4参照	内 容		円	円	円	0 円
	そ の 他	内 容		円	円	円	0 円
		内 容		円	円	円	0 円
		内 容		円	円	円	0 円
合 計			0 円	0 円	0 円	0 円	
※1 透析や免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。 ※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。） ※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。 ※4 透析導入後3ヶ月以上経過し、以後定期的に通院透析を継続する必要がある場合に適用になります。							
上記のとおり診断します。							
* 人工透析療法(血液透析・腹膜透析)の再認定の場合、いずれかの□にチェックしてください。 年 月 日付け自立支援医療(更生医療)意見書に記載した現症及び治療方針の内容と □ 変更があります □ 変更がありません							
年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 所 在 地 電 話 番 号 () 診 療 科 主として担当する医師名(指定医師) 印							
※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。							

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障害用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更			
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名	☐ 1 HIV感染症 ☐ 2 後天性免疫不全症候群(AIDS)			
治療経過及び障害の現症				
AIDS指標疾患 *過去・現在に発症した合併症に○をつけてください	厚生労働省が定めるAIDS発症の基準となる23の合併症一覧			
	1 カンジダ症	9 化膿性細菌感染症	17 原発性脳リンパ腫	
	2 クリプトコッカス症	10 サルモネラ菌血症	18 非ホジキンリンパ腫	
	3 コクシジオイデス症	11 活動性結核	19 浸潤性子宮頸癌	
	4 ヒストプラズマ症	12 非定型抗酸菌症	20 反復性肺炎	
	5 ニューモシスティス肺炎	13 サイトメガロウイルス感染症	21 リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成	
	6 トキソプラズマ脳症	14 単純ヘルペスウイルス感染症	22 HIV脳症	
	7 クリプトスポリジウム症	15 進行性多巣性白質脳症	23 HIV消耗性症候群	
	8 インスボラ症	16 カボジ肉腫		
	医療の具体的方針	1 抗HIV療法		
核酸系逆転写酵素阻害剤(NRTI)		非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)		
レトロビル(AZT,ZDV)		mg/日	ビラミューン(NVP)	mg/日
ゼリット(d4T)		mg/日	ストックリン(EFV)	mg/日
エビビル(3TC)		mg/日	レスクリプター(DLV)	mg/日
エムトリバ(FTC)		mg/日	インテレンス(ETR)	mg/日
ダアイデックス(ddI)		mg/日	エジュラント(RPV)	mg/日
ダアイデックスEC(ddI)		mg/日		
ビリアード(TDF)		mg/日		
ザイアシェン(ABC)		mg/日		
コンビビル(AZT/3TC)		錠/日	インテグラーゼ阻害薬(INSTI)	mg/日
エプシコム(ABC/3TC)		錠/日	アイセントレス(RAL)	mg/日
ツルバタ(TDF/FTC)		錠/日	INSTI/NRTI配合剤	
			スタリビルド配合薬(EVG/COBI/TDF/FTC)	錠/日
2 AIDS指標疾患に対する治療内容を具体的に記入				
3 経過中のCD4数の最低値とHIV-RNAコピー数の最高値を記入				
CD4数(cells/μl) HIV-RNA(copies/ml)				
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日	
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) [入院の主たる治療目的] 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。			
治療効果見込み				

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	0 円
	手 術 料			円	円	円	0 円
	投 薬 院 外 □ 1 有 処 方 □ 2 無	内服薬	剤	円	円	円	0 円
			日分				
			回	円	円	円	0 円
		回	円	円	円	0 円	
	注 射	回		円	円	円	0 円
	処 置	内容		円	円	円	0 円
	検 査	内容		円	円	円	0 円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	0 円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	0 円
	そ の 他	内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
合 計			0 円	0 円	0 円	0 円	
※1 免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。							
※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）							
※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。

年 月 日
指定自立支援医療機関の名称
所 在 地
電 話 番 号 ()
診 療 科

主として担当する医師名(指定医師) 印
※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の5)

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過及び障害の現症	【数値等を用い、具体的に記入すること。】 ☐ 1 肝臓移植 (年 月 日 実施) (☐ 生体肝移植 ☐ 献肝移植) ☐ 2 その他		
既手術年月日	年 月 日 (手術名)		
	年 月 日 (手術名)		
医療の具体的方針	☐ 1 肝臓移植 (☐ 生体肝移植 ☐ 献肝移植) ☐ 2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査 ☐ 3 その他		
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院の主たる治療目的 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	円
	手 術 料			円	円	円	円
	投 薬 院 外 □ 1 有 処 方 □ 2 無	内服薬	剤	円	円	円	円
			日分				
			回	円	円	円	円
			回	円	円	円	円
	注 射	回		円	円	円	円
	処 置	内容		円	円	円	円
	検 査	内容		円	円	円	円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	円
	そ の 他	内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
合 計			0 円	0 円	円	円	
※1 免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。							
※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）							
※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号 ()

診 療 科

主として担当する医師名(指定医師) 印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の6)

自立支援医療(更生医療)意見書(その他の障害用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年 月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過及び 障害の現症	【数値等を用い、具体的に記入すること。】		
既手術年月日	年 月 日 (手術名)		
	年 月 日 (手術名)		
医療の具体的方針			
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) 入院の主たる治療目的 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く（両面印刷以外は、医師の割印を必要とします）

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	0 円
	手 術 料			円	円	円	0 円
	投 薬	内服薬	剤	円	円	円	0 円
			日分				
	院 外 処 方	☐ 1 有 ☐ 2 無	回	円	円	円	0 円
			回	円	円	円	0 円
	注 射	回		円	円	円	0 円
	処 置	内容		円	円	円	0 円
	検 査	内容		円	円	円	0 円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	0 円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	0 円
	そ の 他	内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
		内容		円	円	円	0 円
合 計			0 円	0 円	0 円	0 円	
※1 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）							
※2 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号 ()

診 療 科

主として担当する医師名(指定医師)

印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日