

(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)

【記入例】

申請の区分	☒ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	静岡 太郎 (男)・女		生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
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】 H20年頃両膝関節痛が出現。同年身障手帳取得。 H23年3月左膝人工関節置換術施行。 右膝関節可動域30°、X線写真上著しい変形あり。 疼痛強く、歩行可能な距離は杖歩行にて100m程度。		
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 4 回)	手術予定日	令和元 年 7 月 2 日
治療予定期間	令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 9 月 31 日まで *うち 入院治療期間 令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 7 月 31 日まで 入院の主たる治療目的 人工関節置換術施行のため 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】 右膝関節痛が軽減され、歩行能力の改善が見込まれる。		

【確認1】受診者

チェックor記載
は正しいか？

【確認2】現症等

・チェックor記載
は正しいか？
(身障手帳と確
認のこと)

【確認3】
治療方針等

・チェックor記載
は正しいか？

・身障手帳交付
日以降の日付
か？

・治療予定期間
は3か月以内
か？

・治療予定期間
前の判定か？

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		550,000円	5,000円	5,000円	560,000円		
手術料		1,600,000円			1,600,000円		
投薬	内服薬	3剤					
		60日分	5,000円	5,000円		10,000円	
	処方	1有	20回	5,000円	4,000円		9,000円
	2無	外用薬	30回	5,000円	5,000円		10,000円
注射		10回	10,000円	10,000円		20,000円	
処置	内容	消炎鎮痛処置	10,000円	1,000円		11,000円	
検査	内容	血液学的検査	40,000円	30,000円		70,000円	
画像診断	内容	レントゲン等	25,000円	10,000円	10,000円	45,000円	
医学管理	内容		5,000円			5,000円	
リハビリテーション	内容		40,000円	10,000円	10,000円	60,000円	
その他	内容					0円	
	内容					0円	
	内容					0円	
合計		2,295,000円	80,000円	25,000円	2,400,000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。

令和元年6月1日

【確認5】日付
治療予定期間の開始日より
前の日付であること。

指定自立支援医療機関の名称

県立障害福祉医療センター

所在地

静岡市〇〇区〇〇

電話番号

054（221）0000

診療科

整形外科

主として担当する医師名（指定医師）

県方花子

県方花子印

【確認6】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師
とは違う

※ 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。

【確認4】
医療費概算額
・計算は正しい
か？
※食事療養費
は除く

※ 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)

【記入例】

申請の区分	☒ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	静岡 太郎 (男)・女		生年 月日 昭和 55 年 1 月 1 日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
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】 H25年頃より日常の軽労作においても息切れ、ふらつきが生じ、狭心症と診断。 今回心臓カテーテル検査にて増悪。		
	胸部X線所見	心胸郭比	65 % (令和元 年 5 月 20 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	令和元 年 7 月 2 日
治療予定期間	令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 9 月 31 日まで *うち 入院治療期間 令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 7 月 31 日まで 入院の主たる治療目的 冠動脈バイパス術施行のため 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】 心不全の改善、日常生活が可能となる見込み。		

【確認1】受診者

チェックor記載
は正しいか？

【確認2】現症等

・チェックor記載
は正しいか？
(身障手帳と確
認のこと)

【確認3】
治療方針等

・チェックor記載は
正しいか？

・身障手帳交付日
以降の日付か？

・治療予定期間は
適切か？(僧房弁
膜症等の心臓手
術に伴う抗凝固療
法は最長1年以
内)

・治療予定期間前
の判定か？

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		510,000 円	円	円	510,000 円
	手 術 料		1,600,000 円	円	円	1,600,000 円
	投 薬	内服薬	2 剤			
			30 日分			
			40,000 円	円	円	40,000 円
	院 外 処 方	□ 1 有	回	円	円	円
		□ 2 無	回	円	円	円
	注 射	10 回	400,000 円	円	円	400,000 円
	処 置	内容 術後処置	50,000 円	円	円	50,000 円
	検 査	内容 心臓カテーテル検査	300,000 円	円	円	300,000 円
	画 像 診 断	内容 レントゲン等	70,000 円	円	円	70,000 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。

【確認4】
医療費概算額

・計算は正しいか？

・治療予定期間が1年の場合、3ヶ月目（以降）の欄には3ヶ月目以降の合算額が計上されているか？

※食事療養費は除く

上記のとおり診断します。
令和元 年 6 月 1 日

【確認5】日付
(例え緊急でも)治療予定期間
の開始日以前の日付であること。

指定自立支援医療機関の名称 県立障害福祉医療センター

所 在 地 静岡市〇〇区〇〇

電 話 番 号 054 (221) 0000

診 療 科 心臓血管外科

主として担当する医師名(指定医師) 奥方 花子

【確認6】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師とは違う
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)

【記入例】

申請の区分		☐ 1 新規 ☒ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名		静岡 太郎 (男)・女		生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日生
住所		〇〇市〇〇町〇〇		
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	平成19 年 10 月 1 日 開始
			腹膜透析	年 月 日 開始
		腎臓移植実施日	平成26 年 2 月 18 日 [☐ 1 生体腎移植 ☒ 2 献腎移植] 実施	
	腎機能	①内因性クレアチニンクリアランス値 (25 ml/分 ☐ 測定不能 ☐ 未実施) ②血清クレアチニン濃度 (3.7 mg/dl) ③血清尿素窒素濃度 40 mg/dl ④水分電解質 (N 149 mEq/l, K 5.1 mEq/l, Ca 7.6 mg/dl, P 6.6 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 令和元 年 6 月 20 日)		
		H17腎移植術施行。現在通院にて免疫抑制療法及び移植腎機能検査施行。		
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 1 回) 手術予定日 年 月 日		
治療予定期間		令和元 年 7 月 1 日から 令和2 年 6 月 30 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】 拒絶反応の抑制、日常生活能力の維持が可能となる。		

【確認1】受診者
チェックor記載は正しいか？

【確認2】現症等

・チェックor記載は正しいか？
(身障手帳と確認のこと)

【確認3】
治療方針等

・チェックor記載は正しいか？

・身障手帳交付日以降の日付か？

・治療予定期間は適切か？(透析療法、腎移植後の抗免疫療法は最長1年以内)

・治療予定期間前の判定か？

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		730 円	730 円	7,300 円	8,760 円	
手術料		円	円	円	円	
投 薬	内服薬 ※3参照	2 剤 30 日分	90,000 円	90,000 円	900,000 円	1,080,000 円
	院外処方 ☑ 1 有	局所麻酔薬 (人工透析)	回	円	円	円
	□ 2 無	消毒薬 (人工透析)	回	円	円	円
	注 射	回	円	円	円	円
処 置	内容	円	円	円	円	
検 査	内容 血液検査	20,000 円	20,000 円	200,000 円	240,000 円	
画 像 診 断	内容	円	円	円	円	
慢性維持透析患者 外来医学管理料 ※4参照	内容	4,700 円	4,700 円	47,000 円	56,400 円	
そ の 他	内容	円	円	円	円	
	内容	円	円	円	円	
	内容	円	円	円	円	
合 計		115,430 円	115,430 円	1,154,300 円	1,385,160 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

【確認6】日付
(例えば緊急でも)治療予定期間の
開始日以前の日付であること。

令和元 年 6 月 1 日

指定自立支援医療機関の名称 県立障害福祉医療センター

所 在 地 静岡市〇〇区〇〇

電 話 番 号 054 (221) 0000

診 療 科 腎臓内科

主として担当する医師名(指定医師) 県庁 花子 県庁 印

【確認7】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師と
は違う

※ 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。

【確認4】
医療費概算額

・計算は正しいか？

・治療予定期間が1年の場合、3ヶ月目(以降)の欄には3ヶ月目以降の合算額が計上されているか？

※食事療養費は除く

【確認5】
人工透析療法の再認定の場合
チェックが入っているか？

※ 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)

【記入例】

申請の区分	☐ 1 新規 ☒ 2 再認定 ☐ 3 変更																																																																																	
氏名	静岡 太郎 (男)・女 生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日生																																																																																	
住所	〇〇市〇〇町〇〇																																																																																	
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	平成29年3月より発熱あり、解熱傾向認めないため精査目的で入院。 サイトメガロウィルス感染症によりものと判明。 またHIV陽性であることも判明。 平成29年4月5日から入院にて抗HIV療法施行。 平成29年6月30日退院。以降通院にて抗HIV療法継続中。																																																																																	
AIDS指標疾患	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кок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) サイトメガロウィルス感染症 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 単純ヘルペスウィルス感染症 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 イノスポラ症 16 カポジ肉腫																																																																																	
医療の具体的方針	① 抗HIV療法 <table><thead><tr><th colspan="2">核酸系逆転写酵素阻害剤(NRTI)</th><th colspan="2">非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)</th><th colspan="2">プロテアーゼ阻害剤(PI)</th></tr></thead><tbody><tr><td>レトロビル(AZT,ZDV)</td><td>mg/日</td><td>ビラミューン(NVP)</td><td>mg/日</td><td>クリキシバン(IDV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>ゼリット(d4T)</td><td>mg/日</td><td>ストックリン(EFV)</td><td>mg/日</td><td>インビラーゼ(SQV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>エビビル(3TC)</td><td>mg/日</td><td>レスタグアター(DLV)</td><td>mg/日</td><td>ノービア(RTV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>エムトリバ(FTC)</td><td>mg/日</td><td>インテレンス(ETR)</td><td>mg/日</td><td>ビラセプト(NFV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>ウァイデックス(ddI)</td><td>mg/日</td><td>エジュラント(RPV)</td><td>mg/日</td><td>レクシヴァ(FPV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>ウァイデックスEC(ddI)</td><td>mg/日</td><td></td><td></td><td>カレトラ(LPV/RTV)</td><td>錠/日</td></tr><tr><td>ビリアード(TDF)</td><td>mg/日</td><td></td><td></td><td>レイアタップ(ATV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>サリシエン(ABC)</td><td>mg/日</td><td></td><td></td><td>プリシスタ(DRV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>コンビビル(AZT/3TC)</td><td>錠/日</td><td colspan="2">インテグラーゼ阻害薬(INSTI)</td><td>プリシスタナイレブ(DRV)</td><td>mg/日</td></tr><tr><td>エプソコム(ABC/3TC)</td><td>錠/日</td><td>アイセントレス(RAL)</td><td>mg/日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>ウルハダ(TDF/FTC)</td><td>錠/日</td><td colspan="2">INSTI/NRTI配合剤</td><td colspan="2">侵入阻害薬(OCR5阻害薬)</td></tr><tr><td></td><td></td><td colspan="2">スタリビルド配合薬(EVG/COBI/TDF/FTC)</td><td>1 錠/日</td><td>シーエルセントリ(MVC)</td><td>mg/日</td></tr></tbody></table> 2 AIDS指標疾患に対する治療内容を具体的に記入 サイトメガロウィルス感染症に対しては 〇月〇日より内服開始。 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(150 cells/μl) HIV-RNA(3,000,000 copies/ml)			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)		プロテアーゼ阻害剤(PI)		レトロビル(AZT,ZDV)	mg/日	ビラミューン(NVP)	mg/日	クリキシバン(IDV)	mg/日	ゼリット(d4T)	mg/日	ストックリン(EFV)	mg/日	インビラーゼ(SQV)	mg/日	エビビル(3TC)	mg/日	レスタグアター(DLV)	mg/日	ノービア(RTV)	mg/日	エムトリバ(FTC)	mg/日	インテレンス(ETR)	mg/日	ビラセプト(NFV)	mg/日	ウァイデックス(ddI)	mg/日	エジュラント(RPV)	mg/日	レクシヴァ(FPV)	mg/日	ウァイデックスEC(ddI)	mg/日			カレトラ(LPV/RTV)	錠/日	ビリアード(TDF)	mg/日			レイアタップ(ATV)	mg/日	サリシエン(ABC)	mg/日			プリシスタ(DRV)	mg/日	コンビビル(AZT/3TC)	錠/日	インテグラーゼ阻害薬(INSTI)		プリシスタナイレブ(DRV)	mg/日	エプソコム(ABC/3TC)	錠/日	アイセントレス(RAL)	mg/日			ウルハダ(TDF/FTC)	錠/日	INSTI/NRTI配合剤		侵入阻害薬(OCR5阻害薬)				スタリビルド配合薬(EVG/COBI/TDF/FTC)		1 錠/日	シーエルセントリ(MVC)	mg/日
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)		プロテアーゼ阻害剤(PI)																																																																														
レトロビル(AZT,ZDV)	mg/日	ビラミューン(NVP)	mg/日	クリキシバン(IDV)	mg/日																																																																													
ゼリット(d4T)	mg/日	ストックリン(EFV)	mg/日	インビラーゼ(SQV)	mg/日																																																																													
エビビル(3TC)	mg/日	レスタグアター(DLV)	mg/日	ノービア(RTV)	mg/日																																																																													
エムトリバ(FTC)	mg/日	インテレンス(ETR)	mg/日	ビラセプト(NFV)	mg/日																																																																													
ウァイデックス(ddI)	mg/日	エジュラント(RPV)	mg/日	レクシヴァ(FPV)	mg/日																																																																													
ウァイデックスEC(ddI)	mg/日			カレトラ(LPV/RTV)	錠/日																																																																													
ビリアード(TDF)	mg/日			レイアタップ(ATV)	mg/日																																																																													
サリシエン(ABC)	mg/日			プリシスタ(DRV)	mg/日																																																																													
コンビビル(AZT/3TC)	錠/日	インテグラーゼ阻害薬(INSTI)		プリシスタナイレブ(DRV)	mg/日																																																																													
エプソコム(ABC/3TC)	錠/日	アイセントレス(RAL)	mg/日																																																																															
ウルハダ(TDF/FTC)	錠/日	INSTI/NRTI配合剤		侵入阻害薬(OCR5阻害薬)																																																																														
		スタリビルド配合薬(EVG/COBI/TDF/FTC)		1 錠/日	シーエルセントリ(MVC)	mg/日																																																																												
治療の形態	☐ 1 入院 ☒ 2 通院 (月 1 回)		手術予定日 年 月 日																																																																															
治療予定期間	令和元 年 7 月 1 日から 令和2 年 6 月 30 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	拒絶反応の抑制、日常生活能力の維持が可能となる。																																																																																	

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

【確認1】受診者
チェックor記載は正しいか？

【確認2】現症等
・チェックor記載は正しいか？
(身障手帳と確認のこと)

【確認3】治療方針等
・チェックor記載は正しいか？
・身障手帳交付日以降の日付か？
・治療予定期間は適切か？(抗HIV療法、免疫調整法、ほかHIV感染に対する医療は最長1年以内)
・治療予定期間前の判定か？

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		730 円	730 円	7,300 円	8,760 円	
手術料		円	円	円	円	
投 薬	内服薬	1 剤				
		31 日分	215,730 円	215,730 円	2,157,300 円	2,588,760 円
	院 外 処 方	□ 1 有	円	円	円	円
		☑ 2 無	円	円	円	円
注 射	回	円	円	円	円	
処 置	内 容	円	円	円	円	
検 査	内 容 血液学的検査	40,000 円	40,000 円	400,000 円	480,000 円	
画 像 診 断	内 容	円	円	円	円	
医 学 管 理	内 容 ウイルス疾患指導料	3,300 円	3,300 円	33,000 円	39,600 円	
そ の 他	内 容	円	円	円	円	
	内 容	円	円	円	円	
	内 容	円	円	円	円	
合 計		259,760 円	259,760 円	2,597,600 円	3,117,120 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。

令和元 年 6 月 1 日

【確認5】日付
(例え緊急でも)治療予定期間の開始日以前の日付であること。

指定自立支援医療機関の名称 県立障害福祉医療センター

所 在 地 静岡市〇〇区〇〇

電 話 番 号 054 (221) 0000

診 療 科 血液内科

主として担当する医師名(指定医師) 栗 乃 花 子

【確認6】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師
とは違う

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)

【記入例】

申請の区分	☐ 1 新規 ☒ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	静岡 太郎 (男)・女	生年月日	昭和 55 年 1 月 1 日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
原傷病名	肝硬変(ウィルス肝炎)		
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 (令和元 年 4 月 1 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 1 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	令和元 年 7 月 1 日から 令和2 年 6 月 30 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】 拒絶反応の抑制、日常生活能力の維持が可能となる。		

【確認1】受診者
チェックor記載
は正しいか？

【確認2】現症等
・チェックor記載
は正しいか？
(身障手帳と確
認のこと)

【確認3】
治療方針等

・チェックor記載
は正しいか？

・身障手帳交付
日以降の日付
か？

・治療予定期間
は適切か？(肝
臓移植後の免
疫抑制療法は
最長1年以内)

・治療予定期間
前の判定か？

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		730円	730円	7,300円	8,760円
手術料		円	円	円	円
投薬	内服薬				
	2剤				
	31日分	170,000円	170,000円	1,700,000円	2,040,000円
	回	円	円	円	円
院外処方	□1有	円	円	円	円
	□2無	円	円	円	円
注射	回	円	円	円	円
処置	内容	円	円	円	円
検査	血液学的検査	40,000円	40,000円	400,000円	480,000円
画像診断	内容	円	円	円	円
医学管理	ウイルス疾患指導料	3,300円	3,300円	33,000円	39,600円
その他	内容	円	円	円	円
	内容	円	円	円	円
	内容	円	円	円	円
合計		214,030円	214,030円	2,140,300円	2,568,360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。

令和元年6月1日

指定自立支援医療機関の名称
県立障害福祉医療センター

所在地
静岡市〇〇区〇〇

電話番号
054（221）0000

診療科
内科

主として担当する医師名(指定医師)
県方 花子

【確認5】日付
(例え緊急でも)治療予定期間の
開始日以前の日付であること。

【確認6】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師
とは違う

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。

【確認4】
医療費概算額

・計算は正しいか？

・治療予定期間が1年の場合、3ヶ月目(以降)の欄には3ヶ月目以降の合算額が計上されているか？

※食事療養費は除く

※ 以下は記入しないでください。

審査欄		
審査結果	1 適当 2 不适当 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)

【記入例】

申請の区分	☒ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	静岡 太郎	男・女	生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
原傷病名	両側感音性難聴		
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。】 両耳慢性中耳炎で小児期より難聴があった。 この数年で進行し、現在両側高度難聴の状態。 (右 92.5dB、左91.3dB) 右耳は癒着あるため左耳に人工内耳埋込術施行予定。		
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	7/2 左耳人工内耳挿入予定		
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 2 回)	手術予定日	令和元 年 7 月 2 日
治療予定期間	令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 9 月 29 日まで *うち 入院治療期間 令和元 年 7 月 1 日から 令和元 年 7 月 31 日まで 人工内耳術施行のため 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】 人工内耳により日常生活の向上が見込まれる。		

【確認1】受診者

チェックor記載
は正しいか？

【確認2】現症等

・チェックor記載
は正しいか？
(身障手帳と確
認のこと)

【確認3】
治療方針等

・チェックor記載
は正しいか？

・身障手帳交付
日以降の日付
か？

・治療予定期間
は3か月以内
か？

・治療予定期間
前の判定か？

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			160,000 円	2,000 円	2,000 円	164,000 円
	手術料	人工内耳埋込術		3,400,000 円			3,400,000 円
	投 薬 院外 □ 1 有 処方 □ 2 無	内服薬	剤				
			日分	円	円	円	円
			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	血液検査等		円	5,000 円	5,000 円	10,000 円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	円
	医 学 管 理	内容		3,050 円	円	円	3,050 円
	そ の 他	内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
合 計			3,563,050 円	7,000 円	7,000 円	3,577,050 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。

令和元 年 6 月 1 日

指定自立支援医療機関の名称 県立障害福祉医療センター

所 在 地 静岡市〇〇区〇〇

電 話 番 号 054 (221) 0000

診 療 科 耳鼻咽喉科

主として担当する医師名(指定医師) 県庁 花子

【確認5】日付
治療予定期間の開始日以前の日付であること。

【確認6】医師
指定自立支援医療機関の主たる
担当医師であること。
※手帳診断書作成が可能な医師とは違う

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