

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		男・女	歳	平成 令和 年 月 日
受診者住所				
病 名		発症年月日		平成 令和 年 月 日 (先天性 ・ 後天性)
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			
障害の状況	現存する障害又は現在の疾患の具体的状況 よって身体障害者福祉法第4条別表に基づく裏面一覧表の () ※1 と同程度の { 1. 障害を有する 2. 障害を残す※2と認められる ※1 裏面の一覧表を参照のうえ、()に番号を入れ、1又は2に○印をつけてください。 ※2 現存する当該疾患又は障害にかかる医療を行わないとき。			
治療の 具体的方針	治療用補装具作成 (有 ・ 無) 装具名 ※3 ※3 必要がある場合のみ記載してください。			
治療により「障害の状況」欄に記載した障害が回復する見込み ※4	1. 見込みあり 2. 見込みなし ※4 1又は2に○印をつけてください。			
治 療	治療等開始 予定年月日	令和 年 月 日	手術予定年月日	令和 年 月 日
	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 回 日間 回 日間	通算 日間
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	計 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。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 診療科及び担当医師名 (科) 印				

○ 身体障害者福祉法 第4条別表に基づく一覧表

意見書（表面）の「障害の状況」欄に記入する際は「1-①」のように記載して下さい。

- 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
 - 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

- 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

(身体障害者福祉法施行令第12条)
- 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 小腸又は肝臓の機能
 - ③ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能