

自立支援医療(更生医療)意見書 (心臓機能障害)

氏名		性別	男・女	M T S H	年	月	日生
住所				身体障害者手帳	種 級		
病名				発病	M T S H	年	月 日頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果							
医療の 具体的 方針 (治療効果の見 込みも併せて記 入してください)	(治療効果の見込み)						
入院年月日	年	月	日	手術予定日	年	月	日
治療 見込期間	入院治療期間		日間	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	か月	通算	日
医療 費 概 算 額	手術	円	検査	円			
	投薬	円	基本診療	円			
	注射	円	入院	円			
	処置	円	移送費	円			
	訪問看護費	円	その他	円			
	合計						
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移送費	円			
	通院医療費	円	計	円			
	訪問看護費	円					
指定 医療 機関	病院 診療所	平成 年 月 日	医療機関名	所在地	医師名	印	
	薬局		薬局名	所在地	薬剤師名	印	
	訪問看護 事業者		訪問看護事業所名	所在地	代表者名	印	

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

心臓機能障害意見書記入要領

① 現症

- 1 発症時期
症状が発現した時期（年月日）を記入してください。
- 2 症状と治療経過
症状（胸痛、胸部不快感、動悸、失神発作、呼吸困難、息切れ、浮腫、チアノーゼなどの内容及び頻度など）及びそれに対する治療（内服など）経過。
- 3 手術を要する確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果
 - ・ 検査結果は意見書に直接記入してください。
 - ・ 検査日・検査名・検査結果は手術の根拠となりますので、詳しく記入してください。
 - ・ 意見書に基づいて作成された判定書は市町村で保存されます。専門用語は可能であれば和訳等わかりやすい表現で記入してください。
 - ・ 障害状況記入の際、最低限必要なデータを指定自立支援医療機関（更生医療）マニュアルのP30に提示しておりますので、必ず意見書に検査結果を記入してください。

（記入例）

- ・ ○○年8月1日、心臓カテーテル検査にて左前下行枝#6に90%狭窄あり。
- ・ ○○年7月30日、心電図にてⅡ、Ⅲ、aVFのST上昇あり。
- ・ ○○年8月5日の心エコー検査にて僧帽弁弁口面積が0.8c㎡と縮小
- ・ ○○年6月22日のホルター心電図にて最大8秒の洞停止あり。
- ・ ○○年9月2日、断層心エコー図上心房中隔に欠損が認められ、カラードプラで左右短絡あり。
- ・ ○○年8月10日、CT・MRI・超音波検査にて大動脈解離（スタンフォードA型）あり。
- ・ ○○年5月10日、完全房室ブロックにてペースメーカー植込み術施行。△△年3月1日、ペースメーカーチェックにて電池消耗あり。

② 医療の具体的方針

心臓機能障害の場合、内科的治療のみのものは更生医療の給付対象外となっていますので、正式な手術名を記入してください。

また、更生医療は「障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られる（自立支援医療費支給認定実施要綱より抜粋）」とされていますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- ・ 心機能の改善が見込まれる
- ・ 心拍数の改善、循環動態安定により症状の改善が見込まれる。

② 治療見込み期間

心臓機能障害の場合、入院のみ給付対象となります。期間は最長で90日です。

③ 医療費等概算額

医療費が請求できるのは更生医療で行う心臓の治療代のみです。概算額も更生医療対象分のみ記入してください。

自立支援医療(更生医療)意見書

(肢体不自由)

氏 名		性 別	男・女	M T S H	年 月 日生
住 所				身体障害者手帳	種 級
病 名		発 病		M T S H	年 月 日頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果					
医療の 具体的 方針 (治療効果の見 込みも併せて記 入してください)	(治療効果の見込み)				
入院年月日	年 月 日	手術予定日		年 月 日	
治 療 見込期間	入院治療期間	日間		通算	日
	通院治療回数並びに期間	回	日間	か月	
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	か月	
医 療 費 概 算 額	手 術	円	検 査	円	
	投 薬	円	基 本 診 療	円	
	注 射	円	入 院	円	
	処 置	円	移 送 費	円	
	訪問看護費	円	そ の 他	円	
	合 計	円			
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移 送 費	円	
	通院医療費	円	計	円	
	訪問看護費	円			
指 定 医 療 機 関	病 院	平成 年 月 日			
	診 療 所	医療機関名			
		所在地			印
		医 師 名			
	薬 局	薬 局 名			
		所在地			印
		薬 剤 師 名			
	訪問看護 事業者	訪問看護事業所名			
		所在地			
		代 表 者 名			印

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

肢体不自由意見書記入要領

① 現 症

1 発症時期

症状が発現した時期（年月日）を記入してください。

2 症状

疼痛、歩行状態、日常生活動作など

3 確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果

- ・ 検査日・検査名・検査結果は手術の根拠となりますので、詳しく記入してください。
- ・ 意見書に基づいて作成された判定書は市町村で保存されます。専門用語は可能であれば和訳等わかりやすい表現で記入してください。

（記入例）

- ○○年 8 月 1 日撮影のレントゲンにて、右股関節の著明な変形及び右股関節周囲筋の筋力低下あり。
- ○○年 7 月 30 日撮影のレントゲンにて、右膝関節裂隙の狭小化あり。

② 医療の具体的方針

- ・ 手術名は部位を含めレセプトと同じ正式な手術名を記入してください。
- ・ 更生医療は「障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- 歩行能力が改善され、支障なく日常生活をすごすことが出来る。
- 1 本杖歩行が可能となり在宅にて生活が可能となる。

③ 治療見込み期間

- 初回は入院・外来（理学療法）あわせて 90 日までです。
- 初回の認定期間で治療が終了しなかった場合は、手術日から最大 1 年まで期間延長ができます。
- ただし、1 回の申請は 90 日までです。
- 期間延長の場合は意見書記入日の身体状況（ADL や歩行状態など）、今後のリハビリの内容と治療効果の見込みを具体的に記入してください。

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由・理学療法)

氏 名		性 別	男・女	M T S H	年 月 日	生
住 所				身体障害者手帳	種 級	
病 名			発 病	M T S H	年 月 日	頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果						
医療の 具体的 方針 (治療効果の見 込みも併せて記 入してください)	(治療効果の見込み)					
入院年月日	年 月 日	手術予定日	年 月 日			
治 療 見込期間	入院治療期間	日間	通院治療回数並びに期間	回	日間	か月
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	か月	通算	日
医 療 費 概 算 額	手 術	円	検 査	円		
	投 薬	円	基 本 診 療	円		
	注 射	円	入 院	円		
	処 置	円	移 送 費	円		
	訪問看護費	円	そ の 他	円		
	合 計	円				
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移 送 費	円		
	通院医療費	円	計	円		
指 定 医 療 機 関	病 院	平成 年 月 日				
	診 療 所	医療機関名				
		所在地				
		医 師 名	印			
	薬 局	薬 局 名				
		所在地				
		薬 剤 師 名	印			
	訪問看護 事業者	訪問看護事業所名				
		所在地				
		代表者名	印			

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

肢体不自由（理学療法の期間延長）意見書記入要領

① 現症

- 原疾患及び手術施行日、手術名、手術後の経過、現在の ADL、移動状況などを詳細に記入してください。

（記入例）

- ○○年10月1日、右人工股関節置換術施行。10月18日現在、筋力低下により歩行不能で移動には車いす使用。
- ○○年10月26日、左人工股関節置換術施行。11月29日現在、1本杖を使用し30m程の室内歩行可。（不安定なため見守りが必要）階段は手すりを使用すれば昇降出来るが、脚長差が2cmほどあるためバランスが悪い状態。

② 医療の具体的方針

- 理学療法の内容を具体的に記入してください。更生医療は「障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- 独歩可能となり、日常生活を支障なく過ごすことが出来る。
- 1本杖歩行が可能となり在宅にて生活が可能となる。

③ 治療見込み期間

- 入院・外来（理学療法）あわせて90日までです。
- 手術日から最大1年まで期間延長ができます。
- ただし、1回の申請は90日までです。
- 期間延長の場合は意見書記入日の身体状況（ADL や歩行状態など）、今後のリハビリの内容と治療効果の見込みを具体的に記入してください。

自立支援医療(更生医療)意見書 (免疫機能障害)

氏 名		性 別	男・女	M T S H	年	月	日	生
住 所				身体障害者手帳		種	級	
病 名				発 病	M T S H	年	月	日頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果								
医 療 の 具 体 的 方 針 (治療効果の見込みも併せて記入してください)	(治療効果の見込み)							
入院年月日	年	月	日	手術予定日	年	月	日	
治 療 見込期間	入院治療期間	日間		通院治療回数並びに期間	回	日間	か月	通算 日
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	か月				
医 療 費 概 算 額	手 術	円	検 査	円				
	投 薬	円	基 本 診 療	円				
	注 射	円	入 院	円				
	処 置	円	移 送 費	円				
	訪 問 看 護 費	円	そ の 他	円				
	合 計							
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移送費	円				
	通院医療費	円	計	円				
	訪問看護費	円						
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	平成 年 月 日	医療機関名		所在地		医師名	印
	薬 局		薬 局 名		所在地		薬剤師名	印
	訪 問 看 護 事 業 者		訪問看護事業所名		所在地		代表者名	印

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

意見書記入要領

① 現症

- 1 発症時期 症状が発現した時期（年月日）を記入してください。
- 2 症 状 身体症状、合併症
- 3 確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果

（記入例）

〇〇年8月1日、保健所の検査にてHIV-1感染症判明。

② 医療の具体的方針

- 免疫機能障害に対する具体的な治療方針を記入してください。治療内容が変更になった場合はその都度意見書の提出が必要です。
- 更生医療は「障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られますので、必ず（治療効果の見込み）は具体的に記入してください。

（記入例）

抗 HIV 剤の多剤併用療法(HAART)の開始にて免疫力の回復、維持が期待される。

③ 治療見込み期間

- 初回は入院・外来あわせて1年までです。
- 入院と外来の割合などが変更になった場合は意見書の提出が必要です。

自立支援医療(更生医療)意見書 (肝臓機能障害)

氏 名		性 別	男・女	M T S H	年	月	日	生
住 所				身体障害者手帳	種 級			
病 名				発 病	M T S H	年	月	日頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果								
医療の 具体的 方針 (治療効果の見 込みも併せて記 入してください)	(治療効果の見込み)							
入院年月日	年	月	日	手術予定日	年	月	日	
治 療 見込期間	入院治療期間			日間				通算 日
	通院治療回数並びに期間			回	日間	か月		
	訪問看護予定回数並びに期間			回	日間	か月		
医 療 費 概 算 額	手 術	円	検 査	円				
	投 薬	円	基 本 診 療	円				
	注 射	円	入 院	円				
	処 置	円	移 送 費	円				
	訪問看護費	円	そ の 他	円				
	合 計							
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移 送 費	円				
	通院医療費	円	計	円				
	訪問看護費	円						
指 定 医 療 機 関	病 院	平成 年 月 日						
	診 療 所	医療機関名 所在地 医師名 印						
	薬 局	薬 局 名 所在地 薬剤師名 印						
	訪問看護 事業者	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印						

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

意見書記入要領

① 現症

- 1 肝臓移植をする場合
発症時期、症状、肝移植が必要な理由（検査結果含む）を明記してください。
- 2 肝臓移植後の抗免疫療法の場合
肝臓移植の原因疾患名、肝臓移植日、その後の経過、抗免疫療法が必要な理由などを記入してください。

(記入例)

**C型肝炎・肝硬変に対して平成19年11月6日、生体肝移植術施行。
拒絶反応を制御するため、免疫抑制療法施行中。**

② 医療の具体的方針

- ・手術名はレセプトと同じ正式な手術名を記入してください。
 - 更生医療は「障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。
 - 前回の意見書と内容が変わった場合は、変更後の内容で意見書を提出してください。

(記入例)

拒絶反応の制御により日常の生活に戻ることが出来る。

③ 治療見込み期間

- ・手術日から最大1年までです。

自立支援医療(更生医療)意見書 (その他)

() 該当障害名 (じん臓・心臓・肢体不自由・免疫・肝臓を除く) を記入してください

氏名		性別	男・女	M T S H	年	月	日生
住所				身体障害者手帳	種 級		
病名			発病	M T S H	年	月	日頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果							
医療の 具体的 方針 (治療効果の見 込みも併せて記 入してください)	(治療効果の見込み)						
入院年月日	年	月	日	手術予定日	年	月	日
治療 見込期間	入院治療期間	日間	回	日間	か月	通算	日
	通院治療回数並びに期間	日間	回	日間	か月		
	訪問看護予定回数並びに期間	日間	回	日間	か月		
医療 費 概 算 額	手術	円	検査	円			
	投薬	円	基本診療	円			
	注射	円	入院	円			
	処置	円	移送費	円			
	訪問看護費	円	その他	円			
	合計						
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費	円	移送費	円			
	通院医療費	円	計	円			
	訪問看護費	円					
指 定 医 療 機 関	病 院	平成 年 月 日					
	診 療 所	医療機関名 所在地 医師名					印
	薬 局	薬局名 所在地 薬剤師名					印
	訪問看護 事業者	訪問看護事業所名 所在地 代表者名					印