

自立支援医療（更生医療）意見書

肢

年 月 日		医療機関名 所在地 指定(届出)医師名 診療担当医師		男 女	住所
氏名	T・S・H	年 月 日	生( 歳)		
原 傷 病 名					
現 治 症 療 及 経 び 過	<p>神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○でかこむこと)。</p> <p>1. 感覚障害(下記図示)：なし、感覚消失、感覚鈍麻、異常感覚</p> <p>2. 運動障害(下記図示)：なし、弛緩性麻痺、痙攣性麻痺、痙攣、不随意運動、しんせん、運動失調、その他</p> <p>3. 起因部位：脳、脊髄、末梢神経、筋肉、骨関節、その他</p> <p>4. 起因部位：なし、あり</p> <p>5. 形態異常：なし、肩、首、頸、四肢、その他</p>				
<p>動作・活動： 自立○ 半介助△ 全介助又は不能× ( ) の中のものを使用時はそれに○</p> <p>寝がえりする あしをなげ出して座る 椅子に腰かける 立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、器具) 家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、器具、車いす) 洋式便器にする 排便のあと掃除をする (箸で)食事をする(スプーン、自働具) コップで水を飲む</p> <p>シャツを着て服ぐ ズボンをはいて脱ぐ(自働具) ブラッシングで歯をみがく(自働具) 顔を洗うタオルで拭く タオルを絞る 背中を洗う 二階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖) 風呂を移動する(家の周辺程度)(杖、松葉杖、車椅子) 公共の乗物を利用する</p>					
<p>参考図示</p> <p>× 型別 (注) 別表のい部分に記入する</p>					
<p>肢体不自由の状況及び所見</p>					

関節可動域(BOM)	肘関節( )	肩関節( )	腕関節( )	手関節( )
と筋力テスト(MMT)	肘関節( )	肩関節( )	腕関節( )	手関節( )
(この表は必要な部分を記入)				
医療の概要	更生医療概要			
医療の要否	要・否	機能回復の見込み(障害の軽減・除去等)		
医療の具体的方針(術名)	入院予定日 年 月 日 手術予定日 年 月 日			
医療の概要	治療期間	入院	カ月	カ月
医療費概算内訳	医療費概算額	健康点数	点	金額
①初診	点	⑤検査	点	円
②投薬注射	点	⑥入院	点	点
③処置	点	⑦その他	点	点
④手術	点			点

(医療機関へのお願) 医療機関では、更生医療適用申請以前に行われた検査・医療(手術・訓練等)は、更生医療適用を認められておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対応をお願いします。

自立支援医療(更生医療)意見書

心

年 月 日 医療機関名 国

所在地 所 在 地

指定(届出)医師名 ④

診療担当医師 ④

氏 姓 住所

男 女

名 T・S・H 年 月 日生( 歳) 女

傷病名:

診療経過および現症:

更生医療概要

1. 医療の要否 要 ・ 否

2. 機能回復の見込み

3. 医療の具体的方針 (術名)

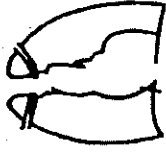
入院予定日 年 月 日 手術予定日 年 月 日

4. 医療の概要 (適用)

治療期間	入院	ヶ月	通院	ヶ月
医療費概算額	健康点数	点	金額	円
① 初診	点	⑤ 検査	点	点
② 投薬注射	点	⑥ 入院	点	点
③ 処置	点	⑦ その他	点	点
④ 手術	点		点	点

(1) 臨床所見  
 動悸 (有・無) 脈拍数 [最大] [最小]  
 息切れ (有・無) 血圧  
 呼吸困難 (有・無) 浮腫 (有・無)  
 胸痛 (有・無) 心拍数  
 その他の臨床所見(重くない不整脈発作のある場合はその発作時の臨床症状、傾度、持続時間等)

(2) 胸部X線所見 ( 年 月 日)



(3) 心電図所見 ( 年 月 日) 心胸比 %

陳旧性心筋梗塞 (有・無) 心房細動(粗動) (有・無)  
 脚ブロック (有・無) 期外収縮 (有・無)  
 不完全房室ブロック (有・無) STの低下 (有・無)  
 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但しV1を除く)のいずれかのTの逆転 (有・無)  
 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)  
 その他の心電図所見(不整脈発作のある者では発作中の心電図所見:発作年月日の記載)

(4) 活動能力の程度 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)

- ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。
- イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活が著しくは社会生活に妨げとなるもの。
- ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。
- エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、救急医療を繰返し必要としているもの。
- オ 安静時若しくは自己身辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

(5) 上記の機能障害を起した年月日 (6) 障害が継続すると判定された日 特定確認

(7) 現在までの治療内容

(8) その他の障害

(医療機関へのお願い)  
 兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・治療(手術・訓練等)は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。

腎  
自立支援医療（更生医療）意見書

年 月 日	医療機関名	所在地		
		指定(届出)医師名		
		診療担当医師		
氏名	住所			
	男	女		
T・S・H	年 月 日生 ( 歳 )			
診察日	年 月 日	疾病・外傷発生年月日		
腎障害をきたした原疾患名				
現在までの症状経過と治療内容				
今後の医療要否	要・否			
医療の具体的方針				
医療費の概要：医療機関額、通院(外来：1ヶ月間)、入院(入院治療期間内)別に記載してください。				
区分	通院(外来：1ヶ月間)		入院(入院治療期間内)	
	金額	回数	金額	回数
透析及び手術	円	週 回 1回 時間 分 透析器の面積 cm <sup>2</sup>	円	週 回 1回 時間 分 手術
投薬・注射	円		円	
処置	円		円	
検査	円		円	
基本及び特掲診療	円	(初・再診)	円	入院(再入院)を必要とする理由 平成 年 月 日 入院 (予定) 月 日 入院 (予定) 月 日 入院 (予定) 期間
その他	円		円	
合計	円		円	
備考	透析導入年月日	年 月 日		

じん臓の機能障害の状況及び所見 (現症)

(該当するものを○でかこむこと)

(1) じん臓機能

ア 内因性クレアチニンクリアランス値 ( ml/分 測定不能 )

イ 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl )

ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl )

エ 24時間尿量 ( ml/日 )

オ 尿所見 ( )

(2) その他参考となる検査所見 (胸部エックス線、眼底所見、心電図等) ( )

(3) 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること。)

ア じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) [ ]

イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [ 食思不振、悪心、嘔吐、下痢 ]

ウ 水分電解質異常 (有・無) [ Na mg/dl, K mEq/l, Ca mg/dl, P mg/dl, 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、その他 ( ) ]

エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) [ ]

オ エックス線写真所見上における骨質栄養症 (有・無) [ 高度、中等度、軽度 ]

カ じん臓貧血 (有・無) [ Hb g/dl, Ht % 赤血球数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup> ]

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [ HCO<sub>3</sub> mEq/l ]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) [ 最大血圧/最小血圧 mmHg ]

ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) [ ]

(4) 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることはないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。

( 医師への依頼 )

本申請では、自立支援医療（更生医療）適用申請以前に、行われた診療行為については、更生医療の適用を認めておりません。必ず、診療を開始する前に、更生医療の申請手続きを済ませよう、対象の障害者・家族にご指図願います。

自立支援医療 (更生医療) 意見書

【免】

(18歳以上・免疫機能障害者用)

氏名 住所 年 月 日 生 ( 歳 )

男・女 昭和・平成

更生医療適用に関する医療機関及び医師の意見

対象者は、下記診察・検査結果による医学的所見ならびに医療の具体的方針のとおり、免疫の機能の障害に基づく症状が、抗HIV剤の投与等によって、

- ① 軽 減 ② 除 去 され、

日常生活能力の回復が見込まれるので、当該治療等に更生医療の適用が望ましい。

年 月 日

医療機関名 所在地

指定(届出)医師名 診療担当医師

医 学 的 所 見

- エイズ発症の状態 HIV感染を認めた日 年 月 日
  - 【医療の対象となる免疫の機能の障害に基づく症状】(該当するものを○で囲んでください。)
  - ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、① CD4陽性Tリンパ球数200/μl以下
  - ② CD4陽性Tリンパ球数500/μl以下
  - ③ CD4陽性Tリンパ球数には関係なく、下記の検査所見に該当する項目が認められる。
  - ④ エイズ発症の既往がある。
- 【検査所見】
- a. 白血球数：4週以上の間隔をおいた検査で、3000/μl未満の状態が、連続して2回以上続いている。
  - b. Hb量：4週以上の間隔をおいた検査で、男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が、連続して2回以上続いている。
  - c. 血小板数：4週以上の間隔をおいた検査で、10万/μl未満の状態が、連続して2回以上続いている。
  - d. HIV-RNA量：4週以上の間隔をおいた検査で、5000コピー/ml以上の状態が、連続して2回以上続いている。
- 【日常生活活動所見】
- e. 一日1時間以上の、安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が、一ヵ月間で7日以上ある。
  - f. 体重が健常時に比して、10%以上減少している。
  - g. 月に7日以上、不定な発熱(38℃以上)が、2ヵ月以上続いている。
  - h. 一日に3回以上の嘔吐あるいは水様下痢が、月に7日以上ある。
  - i. 一日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔吐が、月に7日以上ある。
  - j. 次のような日和見感染症の既往がある。(該当する症状を○で囲んでください。)

- ・口腔内カンジダ症の頻回の繰り返し
- ・帯状疱疹
- ・真菌性虫腫
- ・その他の日和見感染症 ( )
- ・次のような日常生活活動の制限がある。(該当するものを○で囲んでください。)
- ・生鮮食品の摂取禁止 ・生水の摂取制限 ・脂質の摂取制限
- ・長期にわたる密な治療 ・厳密な服薬管理 ・人ごみの回避
- 1. 軽作業を越える作業の回避が必要である。

【合併症】：特徴的症状 (サ－ベ－ウイルスのためのAIDS診断基準)

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支または肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. ノックアウトウイルス症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位に又はそれらの全身に播種したもの)
4. ヒストプラズマ症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位に又はそれらの全身に播種したもの)
5. カリコ肺炎
6. トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. インズボラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
9. 化膿性細菌感染症
10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌を除く)
11. 活動性結核 (肺結核または肺外結核)
12. 非定型抗酸菌症
13. サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症 (1か月以上持続する結核、皮膚の潰瘍を形成するもの、生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を合併するものいずれか)
15. 進行性多巣性白質脳症
16. カボジ肉腫
17. 原索性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫
19. 逸脱性子宮頸癌
20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ腫過形成：LIPPLH complex (18歳未満)
22. HIV脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)
23. HIV消耗性症候群 (全身虚脱又はスリム病)

医 療 の 具 体 的 方 法

I ① 抗HIV療法 (抗HIV薬名)

治療開始年月日 年 月 日

② 免疫調節療法

③ 合併症に対する医療 (HIV感染症によるものに限る)

II 院外処方薬の薬局名

III 医療の概要

治療期間	入院	通院	ヶ月	ヶ月	ヶ月
医療費概算	健保点数	金額	点	点	点
初診・再診	検査	点	点	点	点
投薬・注射	入院	点	点	点	点
処置	その他	点	点	点	点
手術		点	点	点	点

※医療の範囲は、健康保険の診療方針および診療報酬の例による診療で、かつ免疫の機能の改善を図るための、抗HIV療法、免疫調節療法等HIV感染に対する医療に限られること。

※抗HIV療法、免疫調節療法等HIV感染に対する医療に、更生医療が適用されるためには、予め身体障害者更生相談所でその医療内容が規定に合致するとの診査・判定が行なわれた場合に限る。

( 医療機関へのお願 )

兵庫県では、更生医療の申請以前に行われた検査・治療 (手術・訓練等) は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族等にご指導願います。

自立支援医療（更生医療）意見書

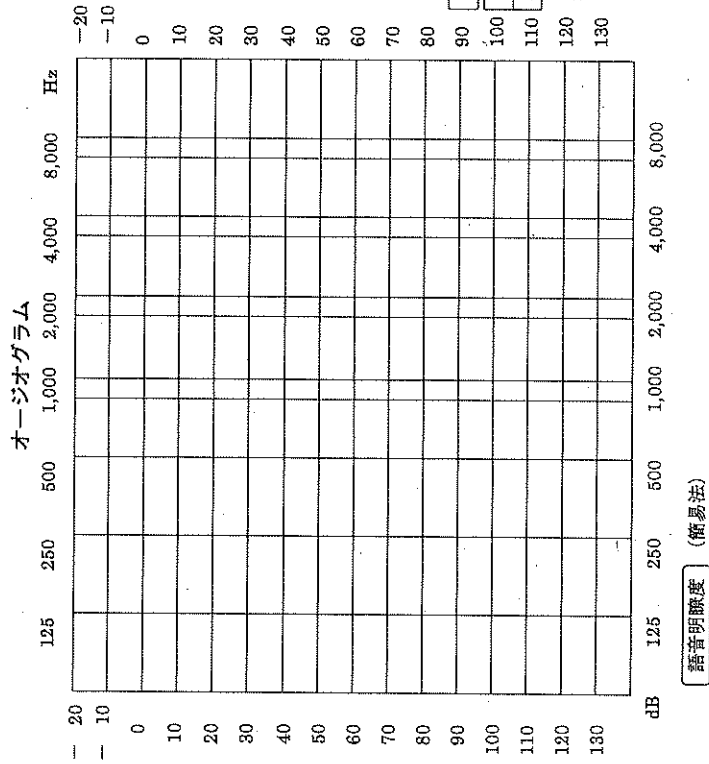
氏名	男・女 昭和 平成			年	月	日	歳
住所							
診断日	年	月	日	障害発生	年	月	日
聴覚障害をきたした原疾患名	医学的所見						
障害名	伝音性難聴	混合性難聴	感音性難聴	ろうあ			
症状経過 治療過程							
現症（耳・鼻疾患の有無と障害程度）							
医療要否 期待される効果	要	否					
医療の具体的方針（術名）							
入院予定日	年	月	日	手術予定日	年	月	日
医療の概要	治療期間	入院	ヶ月	通院	ヶ月	金額	円
医療費概算	費用概算	健保点数	検査	点	点	点	点
概算内訳	初・再診	点	入院	点	その他	点	点
	投薬注射	点	その他	点	手術	点	点
	処置	点		点			

上記のとおり診断する。併せて更生医療の適用検査に必要な意見を付する。

年 月 日  
 医療機関名  
 所在地  
 指定(届出)医師名  
 診療担当医師

聴力検査

補聴器装着経験の有無 有・無  
 年 月 から 型補聴器を装着  
 補聴器装着効果の有無 有・無  
 ① 補聴器だけで会話可 ② 補聴器と対面で会話可 ③ 筆談が必要  
 ④ 手話と口話併用 ⑤ 手話のみ



語音明瞭度 (簡易法)

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	カ

(正答に○印をつけること)  
 (補聴器を装着すること)

正答率  $\times 100 = \quad \%$

## 自立支援医療（更生医療）意見書

視覚障害  
音声・言語・そし  
やく機能障害  
その他

氏名	年 月 日生 男・女			診断月日	年 月 日				
				住所					
原傷病名				機能障害					
現症									
医療の 具体的 方針				医療 の 期間	入院	ヶ月	日間		
					通院	ヶ月	日間		
医療費概算	診療区分	回数 又は 日数	点 数		診療区分	回数 又は 日数	点 数		
			単 価	総点数			単 価	総点数	
	初診及び再診				X 線				
	薬 治 料	内服				検 査 料			
		頓服							
		外用							
	注 射 料	皮下				そ の 他	整形外科機能訓練		
		筋肉					マッサージ		
		静脈					言語治療		
		その他							
	処 置 料	輸液血				入 院 料			
		ギプス							
		麻酔							
	手 術 料	(手術名)				看 護 料			
						総 合 計		点 円	
治療効果 見 込									
上記のとおり診断する。				年 月 日					
				医療機関名 <span style="float: right;">印</span>					
				所 在 地					
				指定(届出)医師名 <span style="float: right;">印</span>					
				診療担当医師 <span style="float: right;">印</span>					

( 医療機関へのお願い )

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・医療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。

自立支援医療（更生医療）意見書 肝

年 月 日	医療機関名 所在地 指定(届出)医師名 診療担当医師	印					
氏	住所	男	女				
名	T・S・H	年 月 日	生 ( 歳 )				
傷病名:							
経過および現症:							
更 生 医 療 概 要							
1. 医療の要否 要 ・ 否							
2. 治療効果見込み							
3. 医療の具体的方針 (術名等)							
4. 医療の概要 (適用)							
治療期間		入院	健康点数	ヶ月	通院	ヶ月	
医療費概算額		健康点数		金額	金額		円
① 初・再診	点	⑤ 検	点	⑥ 査	点		
② 投薬注射	点	⑥ 入	点	⑦ 院	点		
③ 処置	点	⑦ そ	点	の	点		
④ 手術	点	他	点	他	点		
医療費概算内訳		健康点数		金額	金額		円

(医療機関へのお願い)  
 兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・治療（手術・副検査）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。

肝臓の機能障害の状況及び所見

1 肝臓の機能障害の重症度

	第1回検査日		第2回検査日	
	年	月	年	月
肝性脳症	なし・I・II・III・IV・V	状態	なし・I・II・III・IV・V	点数
腹水	なし・軽度・中程度以上	おおもむね	なし・軽度・中程度以上	おおもむね
血清アルブミン値	g/dl		g/dl	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dl		mg/dl	

合計点数	点	点
血清アルブミン値、プロトロンビン時間又は血清総ビリルビン値のうち、その点数が3点であるものの有無	有・無	有・無

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。  
 注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。  
 (Child-Pugh分類)

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	中程度以上 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5 g/dl 超	2.8~3.5 g/dl	2.8 g/dl 未満
プロトロンビン時間	70% 超	40~70%	40% 未満
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dl 未満	2.0~3.0 mg/dl	3.0 mg/dl 超

注1 肝性脳症のこん睡度分類は、大山シンポジウム (1981年) による。  
 注2 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び發熱による排出量を勘案して見込まれる量がおおもむね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上 (小児等でその体重がおおもむね40kg以下のもの) については、薬剤により制御できるものを軽度、薬剤により制御できないものを中程度以上) とする。

2 降骨の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない。	○・×	○・×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○・×	○・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・無	実施年月日	年	月	日
肝臓移植の実施	有・無				
免疫療法の実施	有・無				

4 補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

補完的な肝臓の機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上	検査日	年	月	日	有・無
	血中アンモニア濃度150 µg/dl以上	検査日	年	月	日	有・無
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	検査日	年	月	日	有・無
	原発性肝がん治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
症状に影響する病歴	特発性細菌性胆管炎治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
	胃食道静脈瘤治療の既往	確定診断日	年	月	日	有・無
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	最終確認日	年	月	日	有・無
	1日に1時間以上の安眠薬を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある。	検査日	年	月	日	有・無
日常生活活動の制限	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。	検査日	年	月	日	有・無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある。	検査日	年	月	日	有・無
補完的な肝臓の機能診断、症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限の該当種数						個
補完的な肝臓の機能診断又は症状に影響する病歴の該当の有無						有・無

注 肝臓移植を行った者で免疫療法を実施しているものについては、1、2及び4の記載を省略することができる。