

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸)									
【意見書記載の留意事項】 肢 体			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
山梨県○○市○○町○○番地									
2		身体障害者手帳 障害名		交付年月日		身体障害者手帳で治療を行う部位の障害が認められている必要があります。例えば、膝の手術を行う場合は「右股関節機能障害」では不可で、「膝関節機能障害」など膝に障害があることが分かるよう、手帳の再認定をする必要があります。			
3		区分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規					
4 (1)		原因となった 疾病・外傷名※		例) 両側変形性膝関節症					
4 (2)		現 症 (再認定・内容変更は、経過を含めて記入)		例) 令和4年○○月□日、膝股関節痛が出現。立位困難、歩行困難となる。疼痛性跛行あり。痛みの強い左股関節に対して、令和4年9月7日、左人工股関節置換術を実施する。					
5 (1)		更生医療の 具体的方針		術式 内容		例) 左人工股関節置換術 例) 手術前に自己血貯血のため通院(8月10日、8月17日)、また手術後の運動療法(リハビリ)を通院にて行う。			
5 (2)		① 入通院 予定日		令和 4 年 9 月 1 日		② 手術予定日		令和 4 年 9 月 7 日	
6		更生医療の 予定期間		<input checked="" type="checkbox"/> 入院		令和 4 年 9 月 4 日 ~ 令和 4 年 9 月 20 日			
				<input checked="" type="checkbox"/> 通院		令和 4 年 8 月 10 日 ~ 令和 4 年 8 月 31 日 令和 4 年 9 月 21 日 ~ 令和 4 年 11 月 9 日			
		医療費 概算額		入院治療費 通院治療費		□□□ 円 ☆☆☆ 円		計 □□□+☆☆☆ 円	
有効期間は原則3ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。									
7		治療後の 障害の回復状 況 見 込		例) 疼痛消失及び関節可動域が改善する。		手術後のリハビリを希望する場合は、リハビリの効果見込みが分かるようより具体的に記入してください。			
上記のとおり診断します。 山梨県障害者相談所長 殿 令和4 年 8 月 1 日 指定自立支援医療機関名 (更生医療) 所在地 主として担当(代表)する医師名 指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。
※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 両側変形性股関節症・両眼増殖糖尿病網膜症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸)									
【意見書記載の留意事項】 視 覚			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
山梨県○○市○○町○○番地									
2		身体障害者手帳 障害名		交付年月日		既に身体障害者手帳を所持している方については、対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。			
3		区分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 再認定(期間延長)		<input type="checkbox"/> 内容変更	
4		(1) 原因となった疾病・外傷名※		(例)加		障害に至った原疾患名を記載してください。原疾患不明の場合はその旨を記載してください。			
		(2) 現 症				例) 視界がかすむことや室内でもまぶしく感じ見えにくいとの自覚症状から当院を受診。加齢性の白内障と診断。両眼ともに手術適応であり、入院による手術を行う。			
		(再認定・内容変更は、経過を含めて記入)				治療内容を具体的に記載してください。複数回の手術を要する場合は、1回の入院期間中であれば1枚の意見書に記載していただいて構いません。一度退院した後、再度入院して手術を行う場合は、再度“新規”として申請してください。			
5		(1) 更生医療の具体的方針		術式		例) 両眼水晶体摘出術および人工レンズ埋め込み術			
				内容		例) 上記手術を右:令和4年9月7日、左:令和4年9月14日に行う。			
		(2) ① 入院予定日		令和 4 年 9 月 1 日		② 手術予定日		令和 4 年 9 月 7 日 令和 4 年 9 月 14 日	
6		更生医療の予定期間		<input checked="" type="checkbox"/> 入院		令和 4 年 9 月 4 日 ~ 令和 4 年 12 月 3 日			
				<input type="checkbox"/> 通院		年 月 日 ~ 年 月 日			
		医療費概算額		入院治療費 ☆☆☆ 円		通院治療費 円		計 ☆☆☆ 円	
有効期間は原則3ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。									
7		治療後の障害の回復状況 見 込		例) 視力が一定程度回復し、日常生活が継続できる見込み。					
上記のとおり診断します。									
山梨県障害者相談所長 殿									
令和4 年 8 月 26 日									
指定自立支援医療機関名 (更生医療)									
所在地									
主として担当(代表)する医師名									
指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。
※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 両側変形性股関節症・両眼増殖糖尿病網膜症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸)									
【意見書記載の留意事項】 聴 覚 ・ 平 衡			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
(2) 住 所			山梨県○○市○○町○○番地						
2	身体障害者手帳障害名	交付年月日	既に身体障害者手帳を所持している方については、対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。					級	
3	区分 (該当する□に印)	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更						
4	(1) 原因となった疾病・外傷名※	「感音性難聴」等ではなく、障害に至った原疾患名を記載してください。原疾患不明の場合はその旨を記載してください。							
	(2) 現 症 (再認定・内容変更は、経過を含めて記入)	例) 上記による中途障害で他院通院。補聴器を試用するが効果が得られなかった。裸耳の聴力レベルが右105dB、左98dBの重度感音性難聴で、人工内耳埋め込みを希望し当院受診。人工内耳適応のため埋め込み術を実施する。 人工内耳手術の場合、手術を伴う入院期間中は術後のリハビリテーションも対象となります。その場合は、術後のリハビリを行うことと、入院によるリハビリの予定期間を明記してください。							
5	(1) 更生医療の具体的方針	術式	例) 左人工内耳埋め込み術						
		内容	例) 人工内耳植込術および人工内耳活用のためのリハビリテーションを行う。リハビリテーション期間は、令和4年9月12日～12月3日を予定。						
	(2) ① 入通院予定日	令和 4 年 9 月 1 日	② 手術予定日	令和 4 年 9 月 7 日					
6	更生医療の 予 定 期 間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院	令和 4 年 9 月 4 日 ～ 令和 4 年 12 月 3 日						
<input type="checkbox"/> 通院		年 月 日 ～ 年 月 日							
医療費 概算		入院治療費	☆☆☆ 円						
有効期間は原則3ヶ月以内。これを超え 要となるので留意すること。		期間は手術日3日前から3ヶ月以内が対象となります。入院日が3日前以降の場合は入院日からが対象となります。人工内耳手術後のリハビリを行う場合は、入院からリハビリまでの期間を合計して最大3ヶ月以内が対象です。							
7	治療後の 障害の回復状 況 見 込	例) 人工内耳の活用により一定の聴力獲得が期待できる。							
上記のとおり診断します。 山梨県障害者相談所長 殿 令和4 年 8 月 26 日 指定自立支援医療機関名 (更生医療) 所在地 主として担当(代表)する医師名 指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 両側変形性股関節症・両眼増殖糖尿病網膜症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸)									
【意見書記載の留意事項】 音声・言語・そしゃく			太郎		○ 年 ○ 月 ○ 日生			○ 歳	
(2) 住 所			山梨県○○市○○町○○番地						
2	身体障害者手帳 障害名		交 付	既に身体障害者手帳を所持している方については、対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。					
3	区 分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更						
4	(1)	原因となった 疾病・外傷名※	例) 両側唇顎口蓋裂						
	(2)	現 症 (再認定・内容変更は、経過を含めて記入)	例) 唇顎口蓋裂に起因した後遺症により、○○年□□病院にて口唇・口蓋裂形成術を実施。咬合異常の改善のため、通院による矯正治療が必要である。						
5	(1)	更生医療の 具体的方針	術式	例) マルチブラケット法による矯正治療					
			内容	例) 矯正装置による咬合の改善のための治療を行う。					
	(2)	① 入通院 予定日	令和 4 年 9 月 1 日	② 手術予定日	年 月 日				
6	更生医療の 予定期間		<input type="checkbox"/> 入院	年 月 日 ~ 年 月 日					
<input checked="" type="checkbox"/> 通院			令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日						
医療費 総額			入院治療費 通院治療費	円 ☆☆☆ 円	計	☆☆☆ 円			
7	治療後の 障害の回復状 況 見 込		例) 咀嚼						
有効期間は原則3ヶ月以内。これを超える場 要となるので留意すること。									
期間は原則3ヶ月以内ですが、矯正治療のみ最長で12ヶ月以内の期 間を申請することが可能です。ただし、永続すべき治療とはいえないため、 12ヶ月の期間内で治療終了の目安を記載してください。その間に、改め て手術を行う場合は"内容変更"として再度申請していただく必要があり ます。当初の予定期間を超えて治療を継続する必要が生じた場合は、改 めて"新規"として申請してください。									
上記のとおり診断します。									
山梨県障害者相談所長 殿									
令和4 年 8 月 26 日									
指定自立支援医療機関名 (更生医療)									
住 所									
更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									
所在地									
主として担当(代表)する医師名									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 両側変形性股関節症・両眼増殖糖尿病網膜症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書									
(肢体不自由/視覚/聴覚・平衡/音声・言語・そしゃく/小腸)									
【意見書記載の留意事項】			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
小 腸									
2	身体障害者手帳障害名		年月日	既に身体障害者手帳を所持している方については、小腸機能障害が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。					
3	区分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更						
4	(1)	原因となった 疾病・外傷名※	例) クローン病						
	(2)	現 症	小腸大量切除を行う疾患や小腸機能の永続的機能低下となる疾患など、結果的に中心静脈栄養法が必要となる小腸の疾病、または小腸の切除が必要となる疾病が想定されます。						
		(再認定・内容変更は、経過を含めて記入)	例) ○○年、下痢・腹痛・倦怠感・微熱等の症状あり当院受診。貧血、炎症反応の上昇を認め上記診断した。今後、入院により症状の安定と消化管病変の改善を図る。						
5	(1)	更生医療の 具体的方針	術式	例) 中心静脈栄養法					
	(2)	① 入通院 予定日	令和	「更生医療の具体的方針」は「中心静脈栄養法」が主な対象となります。治療期間は最長で12ヶ月とし、予定期間終了後も同じ内容で治療の継続が必要な場合は”期間延長”で再度申請してください。 また「中心静脈栄養法」に伴う医療も対象となりますが、手術等の対象期間は3ヶ月以内です。					
6	更生医療の 予定期間		<input checked="" type="checkbox"/> 入院	令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日					
<input type="checkbox"/> 通院			年 月 日 ~ 年 月 日						
医療費 概算額			入院治療費	☆☆☆	円		計	☆☆☆	円
			有効期間は原則3ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。						
7	治療後の 障害の回復状 況 見 込		例) 小腸機能障害による栄養維持困難な状態が軽減され、日常生活の継続が可能となる。						
上記のとおり診断します。									
山梨県障害者相談所長 殿									
令和4 年 8 月 26 日									
指定自立支援医療機関名 (更生医療)									
所在地									
主として担当(代表)する医師名									
指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 両側変形性股関節症・両眼増殖糖尿病網膜症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障害)										
<div>【意見書記載の留意事項】</div> <div>心臓</div>			山梨 太郎		○ 年 ○ 月 ○ 日生			○ 歳		
			山梨県○○市○○町○○番地							
2	身体障害者手帳障害名		交付年月日							級
3	区分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規		<div>既に身体障害者手帳を所持している方については、心臓機能障害が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。</div>					
4	(1)	原因となった疾病・外傷名※	例) 完全房室ブロック							
	(2)	現症 (再認定・内容変更は、経過を含めて記入)	例) 令和○年○月○日、～の状況で搬送され入院。完全房室ブロックによるうっ血性心不全あり。投薬治療では改善が難しく、恒久ペースメーカー植込みが適応と診断した。							
5	(1)	検査日	令和 4 年		<div>原則的に障害を除去する効果が見込まれる手術(術後感染症に対する薬物療法を含む)を対象としています。内科的治療は対象外です。</div>					
	(2)	検査名	例) 血液検査、心電図、心エコー、CT							
6	(1)	更生医療の具体的方針	術式	例) ペースメーカー植え込み術						
			内容	例) 恒久ペースメーカーの植え込みを行う						
7	(2)	① 入通院予定日	令和 4 年 9 月 1 日			② 手術予定日	令和 4 年 9 月 7 日			
	更生医療の予定期間		令和 4 年 9 月 4 日 ~ 令和 4 年 12 月 3 日							
		医療費概算	入院治療費			☆☆☆ 円		円		
		<div>期間は手術日3日前から3ヶ月以内が対象となります。入院日が3日前以降の場合は入院日から対象となります。また、事前申請が原則のため、意見書記載日及び市町村への申請日より遡って適用することはできません(緊急手術を除く)。</div>								の意見書が
8	治療後の障害の回復状況見込		例) ペースメーカー植え込みにより心拍の安定が図られ、心臓機能障害が一定程度回復する見込み。							
上記のとおり診断します。										
山梨県障害者相談所長 殿										
指定自立支援医療機関名 (更生医療)										
所在地										
主として担当(代表)する医師名										
<div>指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)</div>										

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 発作性心房細動・大動脈弁狭窄症 等】

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障害)									
【意見書記載の留意事項】 免 疫			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
(2) 住 所		山梨県○○市○○町○○番地							
2 身体障害者手帳障害名		交 付 年 月 日		既に身体障害者手帳を所持している方については、対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。					
3 区 分 (該当する□に印)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更							
4 (1) 原因となった疾病・外傷名※		例) 後天性免疫不全症候群		原疾患としては、HIV感染症が想定されます。「免疫機能障害」といった書き方でなく、疾患名を記載してください。					
(2) 現 症 (発熱・体重減少・リンパ節膨張等。再認定・内容変更は、経過を含めて記入)		例) ○○年、～等の症状により受診し、後天性免疫不全症候群と診断。HIVによる免疫不全のため、易感染、全身消耗状態である。今後、通院による内服治療の継続が必要である。							
5 (1) 検 査 日		令和 4 年 8 月 25 日							
(2) 検 査 値		CD4リンパ球数		検査項目はもれなく記載し、空欄のないようお願いします。未検査の場合はその旨を記載してください。					
		CD4/CD8				CD4/CD8			
		白血球数				RNA量			
6 (1) 更生医療の 具体的方針 (該当する□に印し、内容を記入)		<input checked="" type="checkbox"/> 抗HIV療法		例) デシコビ、テビケイ					
		<input type="checkbox"/> 免疫調整療法		該当する治療内容にチェックをして、服薬する薬の名称や治療法を記載してください。					
		<input type="checkbox"/> 他 (合併症予防・治療等)							
(2) 治 療 形 態		<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院							
7 更生医療の 予 定 期 間		令和 4 年 9 月 1 日 ～ 令和 5 年 8 月 31 日							
		医療費 概算額		入院治療費 通院治療費		☆☆☆ 円		計 ☆☆☆ 円	
有効期間は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。									
8 治 療 後 の 障 害 の 回 復 状 況 見 込		例) 内服の継続により、症状が安定し日常生活の継続が可能となる。							
上記のとおり診断します。 山梨県障害者相談所長 殿 指定自立支援医療機関名 (更生医療) 所在地 主として担当(代表)する医師名									
指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: HIV感染症・後天性免疫不全症候群 等】

自立支援医療(更生医療)意見書(じん臓機能障害)(新規)									
【意見書記載の留意事項】									
腎臓			山梨県○○市						
(2) 住所			山梨県○○市						
2 身体障害者手帳障害名			交付年月日						
3 (1) 原因となった疾病・外傷名※			例) 糖尿病性腎症						
(2) 現 症			例) 2型糖尿病により腎機能低下を認め、○○年より通院加療を継続していたが腎機能障害進行し、シャント造設術施行。血液透析導入となる。						
(3) 透析療法開始日			令和 4 年 9 月 14 日						
(4) じん臓移植日			年 月 日						
			透析開始日もしくは移植実施日を必ず記載してください。						
4 (1) 検 査 日			令和 4 年 9 月 13 日						
(2) 検 査 値			内因性クレアチニンクリアランス値 ml/分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 測定不能						
			血清クレアチニン濃度 11.03 mg/dl						
			血清尿素窒素濃度 78.7 mg/dl						
(3) 検 査 所 見			※胸部X線・眼底検査・心電図検査等のその他参考となる内容を記載 例) 胸部レントゲンで胸水貯留、心拡大あり						
5 (1) 更生医療の具体的方針			<input checked="" type="checkbox"/> 血液透析 (週 3 回) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> じん臓移植術 <input type="checkbox"/> じん臓移植後の抗免疫療法 (該当する□に印) <input type="checkbox"/> 他 ()						
(2) 治 療 形 態			<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院						
6 更生医療の予定期間			令和 4 年 9 月 14 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日						
			医療費概算額 入院治療費 □□□ 円 通院治療費 ☆☆☆ 円 計 □□□+☆☆☆ 円						
じん臓移植術の有効期間は原則3ヶ月以内、透析療法・抗免疫療法は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。									
7 治療後の障害の回復状況見込			例) 腎機能障害による症状が軽減、除去ができ、日常生活が継続できる。						
上記のとおり診断します。 山梨県障害者相談所長 殿 指定自立支援医療機関名 (更生医療) 所在地 主として担当(代表)する医師名									
指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。
※ 3(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: 糖尿病性腎症・慢性糸球体腎炎 等】

自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障害）（再認定・内容変更）				
【意見書記載の留意事項】 腎臓		山梨 太郎		○ 年 ○ 月 ○ 日生
		○ 歳		
山梨県○○市○○町○○番地				
2	身体障害者手帳障害名	対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。		
3	区分 (該当する□に印)	<input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input checked="" type="checkbox"/> 内容変更		
4	(1) 原因となった疾病・外傷名※	例) 腎硬化症		
	(2) 現症 (経過を含めて記入)	例) 腎硬化症による腎機能低下のため、他院にて血液透析を行っている。腎移植を目的に当院紹介初診。令和4年9月3日入院し、妻をドナーとする生体腎移植を行う。		
5	(1) 更生医療の具体的方針	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input checked="" type="checkbox"/> じん移植術（じん移植日： 令和 4 年 9 月 7 日） <input type="checkbox"/> じん移植後の抗免疫療法 <input type="checkbox"/> 他（		
	(2) 治療形態	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		
6	更生医療の予定期間	令和 4 年 9 月 4 日 ～ 令和 4 年 12 月 3 日		
		医療費概算額	入院治療費 ☆☆☆ 円 通院治療費 円	計 ☆☆☆ 円
じん移植術の有効期間は原則3ヶ月以内、透析療法・抗免疫療法は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定（期間延長）が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。				
7	治療後の障害の回復状況見込	例) 腎機能障害による症状の除去が期待できる。手術後は抗免疫療法を行うことで、日常生活が継続できる。		
上記のとおり診断します。				
山梨県障害者相談所長 殿				
令和 4 年 8 月 26 日				
指定自立支援医療機関名 (更生医療)		指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)		
所在地				
主として担当(代表)する医師名				

注：自立支援医療（更生医療）は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例：糖尿病性腎症・慢性糸球体腎炎 等】

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害)									
【意見書記載の留意事項】 肝臓			山梨 太郎			○ 年 ○ 月 ○ 日生		○ 歳	
			既に身体障害者手帳を所持している方については、対象の障害部位が明記されていることをご確認いただき記載してください。手帳を同時申請する場合は空欄で構いません。						
2 身体障害者手帳障害名			交 付 年 月 日						
3 区分 (該当する□に印)			<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更						
4 (1) 原因となった疾病・外傷名※			例) 肝硬変						
4 (2) 現 症 (再認定・内容変更は、経過も記入)			例) ○○年、生体肝移植施行。以降、外来通院にて免疫抑制療法を継続している。 ・臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)等を遵守している旨を記入すること。						
5 検 査 値			検査日 令和 4 年 8 月 22 日						
			肝性脳症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V						
			腹水						
			血清アミラーゼ						
			血清総ビリルビン						
6 (1) 更生医療の 具体的方針 (該当する□に印)			<input type="checkbox"/> 肝臓移植術 <input checked="" type="checkbox"/> 肝臓移植後の抗免疫療法 肝臓移植日 平成 31 年 4 月 4 日 医療機関 <input type="checkbox"/> 病院 抗免疫療法開始日 平成 31 年 4 月 4 日						
6 (2) 治 療 形 態			<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院						
7 更 生 医 療 の 予 定 期 間			令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 4 年 8 月 31 日						
			医療費概算額 入院治療費 ☆☆☆ 円 通院治療費 ☆☆☆ 円 計 ☆☆☆ 円						
肝臓移植術の有効期間は原則3ヶ月以内、抗免疫療法は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。									
8 治 療 後 の 障 害 の 回 復 状 況 見 込			例) 免疫抑制療法を継続することで、日常生活の継続が見込める。						
上記のとおり診断します。 山梨県障害者相談所長 殿 令和 4 年 8 月 24 日 指定自立支援医療機関名 (更生医療) 所在地 主として担当(代表)する医師名 指定自立支援医療機関名 住 所 更生医療を主として担当する医師名 (押印不要・同病院内での連名可)									

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 4(1)には障害に至る原疾患名を記載すること 【例: B型肝炎・肝硬変 等】