

## 1 5 様式例集

# 判 定 依 頼 書

令和 年 第 月 号 日

千葉県 障害者相談センター長

長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

ふりがな 氏名			男	大正・昭和・平成	
			女	年 月 日生 ( 歳)	
住所					
身体障害者 手帳	交付 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	番 号	第 号
障 害 名	( 級)				

備    考	医 療 機 関 名	
	自立支援医療支給開始年月日	平成・令和 年 月 日
	前 回 支 給 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日
	今 回 希 望 支 給 期 間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 ( 日・ か月) 入院 外来 訪問看護等 新規 ・ 継続 ・ 変更
	添 付 書 類	1 自立支援医療要否意見書 2 身体障害者診断書・意見書の写し 3 身体障害者手帳の写し 4 その他 ( )
生活保護費受給者ですか (はい・いいえ)		担当者氏名 _____

## 自立支援医療要否意見書

氏名		生年月日	大正・昭和・平成
診察日	令和 年 月 日		年 月 日
病歴及び現症			
医療の具体的方針			
医療施行概要	金額(円)	内	訳(概略)
手術			
投薬・注射			
処置			
基本及び特掲診療(外来)			
基本及び特掲診療(入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②手術(予定)年月日 令和 年 月 日	
その他			
合計金額	円	①区分 入院 外来 訪問看護等 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)	
備考			

上記のとおり自立支援医療(更生医療)が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する  
 指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
 自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑩

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。  
 注2 医療施行概要欄は、治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 なお、既に入院している場合は、意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。  
 注3 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また、  
 自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。  
 なお、対象期間は外来を含め3か月以内で記載してください。

## 自立支援医療要否意見書

氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
診察日	令和 年 月 日	透析導入日 腎移植術施行日	平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日(生体・死体)
現 症	検査成績 <small>診察日の直近で、最大間隔の時の透析前値を記入。</small>	血清ナトリウム値 血清カリウム値 血清尿素窒素値 血清クレアチニン値 血清カルシウム値	mEq/l mEq/l mg/dl mg/dl mg/dl
		血清リン値 血清総蛋白量 ヘマトクリット値 一日尿量 体重	mg/dl g/dl % ml kg
人工腎臓 請求区分	J0381・2・3・4	4の理由	
医療施行概要	金額 (円)	内 訳 (概略)	
投 薬		(透析または抗免疫療法において直接作用する薬剤に限る)	
注 射			
透析及び処置		透 週 回 / 1回 時間 / 膜面積 m <sup>2</sup>	
		加 算 : 食 事 障害者等 夜 間	
		析 腹膜透析 J042 1・2 週 日	
		包括薬剤等	
手 術			
検 査			
基本及び 特掲診療料等 (外 来)		再診料 慢性維持透析患者外来医学管理料 在宅自己腹膜灌流指導管理料	
基本及び 特掲診療料等 (入 院)		入院年月日 今回の申請期間 入院理由： 【DPC 包括請求】 該当・非該当 / 【DPC 退院時処方 有・無】	
処方箋料等			
合計金額	円		
備 考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項の規定する  
指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
自立支援医療を主として担当する医師の氏名



- 1 入院・外来毎に別葉に自立支援医療要否意見書を作成してください。
- 2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳を記載してください。  
また、入院及び1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。
- 3 該当項目及び請求した加算額等を○で囲んでください。
- 4 包括薬剤等を使用した場合は、透析及び処置欄の包括薬剤等欄に記載してください。

## 自立支援医療要否意見書

氏 名			大正 昭和 平成
診 察 日	令和 年 月 日	生 年 月 日	年 月 日
病 歴 及 び 現 症			
医 療 の 具 体 的 方 針			
医療施行概要	金 額 (円)	内	訳 (概略)
手 術			
投 薬 ・ 注 射 注4		抗 HIV 療法・免疫調整療法・HIV感染症において直接作用する薬剤のみ	
処 置			
基本及び特掲 診療 (外来)			
基本及び特掲 診療 (入院)		申請期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日( 日・ か月) 入院理由:	
処 方 箋 料 等			
合 計 金 額			
備 考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める

障害者総合支援法第54条の2項の規定する  
指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑩

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。  
 注2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 また、1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 注3 入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 注4 投薬・注射は、製剤名を記載してください。なお、抗 HIV 療法・免疫調整療法その他 HIV 感染に  
 対する医療に限ります。

## 自立支援医療要否意見書

氏 名			生年月日	大正・昭和・平成
診 察 日	令和	年	月	日
病 歴 及 び 現 症 欄				
医 療 の 具 体 的 方 針				
医療施行概要	金 額 (円)	内		訳 (概略)
手 術				
投 薬 ・ 注 射				
処 置				
基本及び特掲 診療 (外来)		再診料		
基本及び特掲 診療 (入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月) ③入院を必要とする理由 <b>現症欄</b> に記載してください。		
処 方 箋 料 等				
合 計 金 額		円		
備 考				

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する  
指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑩

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。  
 2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 また、1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 3 入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 4 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また、  
 自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

# 自立支援医療要否意見書

音声・言語・  
そしやく

氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
診察日	令和 年 月 日	【直近の写真の提出】 有 ・ 無 無の理由：	
病歴 及び現症			
医療の 具体的方針			
医療施行概要	金額(円)	内 訳	
手術			
投薬・注射			
処置			
基本及び特掲 診療(外来)		再診料	
基本及び特掲 診療(入院)		① 入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ② 申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月) ③ 入院を必要とする理由 現症欄に記載してください。	
処方箋料等			
合計金額	円		
備考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める

障害者総合支援法第54条の2項に規定する  
指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

⑩

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。  
 2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 また、1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 3 手術を伴う入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください(外来を含め3か月以内)。  
 4 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。

千葉県<sup>中</sup>央<sup>東</sup>葛飾障害者相談センター

## 自立支援医療要否意見書

氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
診察日	令和 年 月 日	肝移植術施行日	平成・令和 年 月 日 (生体・死体)
病歴 及び現症			
検査成績	肝性脳症 (なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) 腹水 ( ℓ) 血清アルブミン値 ( g/dℓ) プロトロンビン時間 ( %) 血清ビリルビン値 ( mg/dℓ)		
医療の 具体的方針			
医療施行概要	金額 (円)	内 訳 (概略)	
手術			
投薬・注射		製剤名を記載してください	
処置			
検査			
基本及び特掲 診療 (外来)			
基本及び特掲 診療 (入院)		①入院(予定)年月日 令和 年 月 日 ②申請期間 令和 年 月 日から 日・ か月)	
処方箋料等			
合計金額	円		
備考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項に規定する  
 指定自立支援医療機関の所在地及び名称  
 自立支援医療を主として担当する医師の氏名

㊞

- 注1 医療の具体的方針欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載してください。  
 2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。  
 また、1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 3 入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。  
 4 手術の場合は、手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。  
 また、自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

千葉県中 央障害者相談センター  
東葛飾



# 取 下 書

令和 年 月 日  
第 号

千葉県 障害者相談センター所長 様

長

令和 年 月 日付けで判定依頼した下記の者に対する判定依頼を取下げます。  
記

ふりがな 氏 名		大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
取 下 事 項	自立支援医療 じん臓・免疫・その他 ( )	

千葉県中央  
葛飾障害者相談センター