

(様式3-1号: 記載例) 更生医療要否意見書 (じん臓機能障害)

区 分	・ 新 規 ・ 再 認 定	◎その他参考となる所見には ・臨床症状 ・方針変更に至った理由 ・手術を行わなければならない理由 ・入院が必要な理由 ・移植の術前入院が標準的な期間(術前7日前)を超える場合はその理由 ・訪問看護が必要な理由(腹膜透析の導入期のみ対象)等を書いてください。			
氏 名	大 昭 平 年 月 日				
生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日				
障 害 名	腎 臓 機 能 障 害				
原 傷 病 名					
初 診 年 月 日	年 月 日				
現 症	◎ 検査成績 (検査日: 年 月 日) 血清ナトリウム (mEq/l) 血清カリウム (mEq/l) 血清尿素窒素 (mg/dl) 血清クレアチニン (mg/dl) ◎ その他参考となる所見 (入院の場合)				
	更生医療として認められる内容は、この11項目に限られます。				
◎更生医療の内容 (レ印でチェックしてください)	◎ 透析導入期 (3か月以内) ・シャント設置術・シャント部の炎症、血栓に対する治療 (1か月以内) ・腹膜透析用留置カテーテル装着 (設置) 術 ・腹膜透析用カテーテル出口部感染に対する治療 ・腎移植術 (3か月以内) ・移植後の抗免疫療法の調整 (合併症や感染症は対象外) ・移植臓器とそれを取り巻く血管、尿管など付随組織及びその吻合部分の治療 (3か月以内) ・腎移植後の抗免疫療法中の腎生検 (1週間以内) 等に限られます。				
	血液透析・腹膜透析併用の場合はどちらもチェックしてください。なお、離脱の可能性がある場合は、更生医療の対象となりません (申請できません)。				
訪問看護は、「自宅での腹膜透析導入に係る管理、手技取得目的」のみ対象です。その必要性や頻度は「その他参考となる所見」欄に記入してください。また、訪問看護指示書の写しを添付してください。訪問看護の適用期間は、腹膜透析を導入し退院した日又は訪問看護の開始日から3か月以内 (延長不可) です。	透析・処置				
訪問看護ステーション名 ()	入 院				
診療見込期間	そ の 他				
必ず記入してください。	合 計				
入 院	(注) 1. 入 院 期 間 の 必 要 額 を 記 載 2. 1 年 以 上 滞 在				
通 院	診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、別々に作成していただく必要があります。				
治療効果見込	令和 年 月 日から 月 日 間 (日間)				
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 月 日 間 (日間)				
医師名欄への押印は「不要」です。ただし、作成日を訂正された場合は、訂正印を押印してください (訂正印がない場合は返戻となります。)	指定医療機関所在地 電 話 番 号 名 称 主として担当する医師				
障害者総合支援法第59条による指定を受けていない医師名・医療機関名は受け付けられません (返戻となります。)	嘱託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日				
要 ・ 否	入院は3か月以内ですが、入院費を含まない透析のみの申請は12か月以内となります。				

※ 更生医療適用見込期間は、入院3か月以内、通院1年以内となります。

※ 入院、通院は別々に作成してください。

(令和3年4月1日から適用)

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再 認 定 ・ 変 更 (医療内容・医療機関・入通院)		
氏 名	心臓機能障害 ○原則として入院のみ対象(対象手術による入院) ○標準入院期間について(術前入院の適用は、術前7日以内) ・ペースメーカー埋込み術(1か月以内) ・冠動脈バイパス術、大動脈弁置換、心臓移植術等(3か月以内) ○通院は、移植後の抗免疫療法のみ対象(12か月以内) ※ 入院の延長の申請の際は、延長が必要な理由や身体状態等、 現症欄に記入してください。理由や記入内容等によっては、詳細 が分かるものを添付していただくことがあります。 なお、術後の肺炎等の合併症による入院延長は対象外です。		
生 年 月 日			
障 害 名			
原 傷 病 名			
初 診 年 月 日			
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)			
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針			
治療効果見込			
医療費概算額	金 額 (円)	内 訳 (概略)	I 今回の診療見込期間等
手 術	必ず記入してください。		(1) 入院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月)(日)
投 薬 ・ 注 射			(2) 通院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月)(日)
処 置			(3) 手術予定日 令和 年 月 日
検 査			II 前回承認された更生医療の内容
基 本 診 療			(1) 入院 ・ 通院
入 院 (※)			(2) 術名・内容
そ の 他			(3) 手術日 令和 年 月 日
合 計			
*金額欄には、診療見込期間全体の見込額を記載する。			
(参考) □薬 局 名 () □訪問看護ステーション名 ()		訪問看護の対象は、在宅中心静脈栄養実施者(小腸機能障害)に限られます。 至： 年 月 日 (か月)(日)	
令和 年 月 日		障害者総合支援法第 59 条による指定を受けていない 医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)	
医師名欄への押印は「不要」 です。 ただし、作成日を訂正された 場合は、訂正印を押印してく ださい(訂正印がない場合は 返戻となります。)		指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師 (否の理由)	
		嘱託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日	
(注) 入院、通院で別々に作成してください。		診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、 別々に作成していただく必要があります。	

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再	肢体不自由	
氏 名		○標準入院期間について(術前入院の適用は、術前7日以内)	
生 年 月 日	大・昭・平 年	・ 人工関節置換術(2か月以内) (再置換術、複数関節の同時施行は3か月以内)	
障 害 名		・ キアリ術・骨盤等の骨切り術(3か月以内)	
原 傷 病 名		・ 筋解離術(一関節につき1回限り適用。1回の入院につき1か月以内)	
初 診 年 月 日	年 月	○標準入院期間には、術前入院及び術後リハビリが含まれます。	
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)		○対象手術後の通院リハビリ(退院日の翌日から3か月以内) (更生医療を適用して手術が施行されていることが前提です。)	
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針		※ 術前のリハビリは、更生医療としては対象外です。	
治 療 効 果 見 込		※ 入院の延長の申請の際は、延長が必要な理由や身体状態等、現症欄に記入してください。理由や記入内容等によっては、詳細が分かるものを添付していただくことがあります。	
医 療 費 概 算 額	金 額 (円)		
手 術	必ず記入してください。		(1) 入院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月)(日)
投 薬 ・ 注 射			(2) 通院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月)(日)
処 置			(3) 手術予定日 令和 年 月 日
検 査			II 前回承認された更生医療の内容
基 本 診 療			(1) 入院 ・ 通院
入 院 (※)			(2) 術名・内容
そ の 他			(3) 手術日 令和 年 月 日
合 計			
*金額欄には、診療見込期間全体の見込額を記載する。			
(参考)		訪問看護の対象は、在宅中心静脈栄養実施者(小腸機能障害)に限られます。	
□薬 局 名 ()		至： 年 月 日	
□訪問看護ステーション名 ()		(か月)(日)	
令和 年 月 日			
医師名欄への押印は「不要」です。 ただし、作成日を訂正された場合は、訂正印を押印してください(訂正印がない場合は返戻となります。)		指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師	
		障害者総合支援法第 59 条による指定を受けていない医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)	
		属託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日	
		(否の理由)	
		診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、別々に作成していただく必要があります。	
(注) 入院、通院で別々に作成してください。			

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再認定		
氏 名			
生 年 月 日	大・昭・平 年 月		
障 害 名			
原 傷 病 名			
初 診 年 月 日	年 月		
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)			
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針			
治 療 効 果 見 込			
医 療 費 概 算 額	金 額 (円)	内	
手 術	必ず記入してください。		
投 薬 ・ 注 射			
処 置			
検 査			
基 本 診 療			
入 院 (※)			
そ の 他			
合 計			
* 金額欄には、診療見込期間全体の見込額を記載する。			
(参考) □ 薬 局 名 () □ 訪問看護ステーション名 ()		訪問看護の対象は、在宅中心静脈栄養実施者(小腸機能障害)に限られます。	
令和 年 月 日		(2) 通院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月) (日)	
指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師 (委託医が記入します。) (否の理由)		(3) 手術予定日 令和 年 月 日	
		II 前回承認された更生医療の内容 (1) 入院 ・ 通院 (2) 術名・内容 (3) 手術日 年 月 日	
医師名欄への押印は「不要」です。 ただし、作成日を訂正された場合は、訂正印を押印してください(訂正印がない場合は返戻となります。)		障害者総合支援法第 59 条による指定を受けていない医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)	
(注) 入院、通院で別々に作成してください。		診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、別々に作成していただく必要があります。	

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再認定	
氏 名		
生 年 月 日	(大・昭・平 年 月)	
障 害 名		
原 傷 病 名		
初 診 年 月 日	年 月 日	
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)		
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針		
治 療 効 果 見 込		
医療費概算額	金 額 (円)	内 訳 (概略)
手 術	必ず記入してください。	
投 薬 ・ 注 射		
処 置		
検 査		
基 本 診 療		
入 院 (※)		
そ の 他		
合 計		
* 金額欄には、診療見込期間全体の見込額を記載する。		
(参考)		
□ 薬 局 名 (		
□ 訪問看護ステーション名 (		
令和 年 月 日		
医師名欄への押印は「不要」です。 ただし、作成日を訂正された場合は、訂正印を押印してください(訂正印がない場合は返戻となります。)	指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師	障害者総合支援法第 59 条による指定を受けていない 医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)
属託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日		
(否の理由)		
(注) 入院、通院で別々に作成してください。		
診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、別々に作成していただく必要があります。		

肝臓機能障害
☐ 支給認定の範囲
肝臓移植術及び肝臓移植後の抗免疫療法

☐ 入院は3か月以内、通院は12か月以内です。

入院費が対象になるもの
・肝臓移植術(入院3か月以内)
・移植臓器とそれを取り除く血管、胆管などの付随組織及びその吻合部分の治療(3か月以内)
・抗免疫療法の調整のため(合併症・感染症は対象外)
・肝移植後の抗免疫療法中の肝生検(1週間以内)

※ 入院の申請の際は、入院が必要な理由や身体状態等、現症欄に記入してください。理由や記入内容等によっては、詳細が分かるものを添付していただくことがあります。

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再 認 定 ・ 変 更 (医療内容・医療機関・入院)		
氏 名	小腸機能障害 ○ 支給認定の範囲 小腸機能障害に対する中心静脈栄養法及びこれに伴う医療に限るものであること。 これに伴う医療とは、 ①中心静脈カテーテル留置に関連した合併症(カテーテル感染) ②微量物質の栄養障害、肝障害その他代謝異常に対する医療 ③胆石症の合併症に対する治療 ○ 入院は3か月以内、通院は12か月以内です。 ※ 入院の申請の際は、入院が必要な理由や身体状態等、現症欄に記入してください。理由や記入内容等によっては、詳細が分かるものを添付していただくことがあります。		
生 年 月 日			
障 害 名			
原 傷 病 名			
初 診 年 月 日			
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)			
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針			
治 療 効 果 見 込			
医療費概算額	金 額 (円)	内 訳 (概略)	I 今回の診療見込期間等
手 術	必ず記入してください。		(1) 入院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月) (日)
投 薬 ・ 注 射			(2) 通院予定期間(注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月) (日)
処 置			(3) 手術予定日 令和 年 月 日
検 査			II 前回承認された更生医療の内容
基 本 診 療			(1) 入院 ・ 通院
入 院 (※)			(2) 術名・内容
そ の 他			
合 計			
* 金額欄には、診療見込期間全体の見込額を			
(参考) □薬 局 名 () □訪問看護ステーション名 ()		訪問看護の対象は、在宅中心静脈栄養実施者(小腸機能障害)に限られます。その必要性や頻度は「現症」欄に記入してください。また、訪問看護指示書の写しを添付してください。 訪問看護の適用期間は、中心静脈栄養法を導入し退院した日又は訪問看護の開始日から3か月以内(延長不可)です。	
令和 年 月 日		指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師	
医師名欄への押印は「不要」です。 ただし、作成日を訂正された場合は、訂正印を押印してください(訂正印がない場合は返戻となります。)		障害者総合支援法第59条による指定を受けていない医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)	
		属託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日 (否の理由)	
(注) 入院、通院で別々に作成してください。		診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は、別々に作成していただく必要があります。	

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再 認 定 ・ 変 更 (医療内容・医療機関・入院)				
氏 名			住 所		
生 年 月 日	(歳) 大・昭・平 年 月 日				
障 害 名		☐ 身体障害者手帳 級	健康保険の種別		
原 傷 病 名		昭・平・令 年 月 日交付			
初 診 年 月 日	年 月 日	☐ 申請中			
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)	身体障害者手帳が交付されている(手術対象となる障害部位の認定を受けている)者が対象です。視覚, 聴覚, 音声・言語では, 「☐申請中」は選択できません。				
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針	対象となる障害と標準的な治療の例(厚生労働省 HP 等) 視覚障害 ・白内障 → 水晶体摘出手術 ・瞳孔閉鎖 → 虹彩切除術 ・角膜混濁 → 角膜移植術 聴覚障害 ・鼓膜穿孔 → 穿孔閉鎖術 ・外耳性難聴 → 形成術 ・先天性聾等 → 人工内耳埋め込み術 音声・言語・そしゃく機能障害 ・外傷性又は手術後に生じる発音構語障害 → 形成術 ・唇顎口蓋裂に起因した音声・言語・そしゃく機能障害を伴う者であって歯科矯正が必要な者 → 歯科矯正 ○給付期間は3か月以内(歯科矯正の通院は12か月以内)				
治 療 効 果 見 込					
医 療 費 概 算 額				金 額 (円)	内
手 術				必ず記入してください。	
投 薬 ・ 注 射					
処 置					
検 査					
基 本 診 療					
入 院 (※)					
そ の 他					
合 計					
* 金額欄には, 診療見込期間全体の見込額を記載する。			(3) 手術日 年 月 日		
(参考) ☐ 薬 局 名 () ☐ 訪問看護ステーション名 ()			(4) 適用期間 年 月 日		
令和 年 月 日			訪問看護の対象は, 在宅中心静脈栄養実施者(小腸機能障害)に限られます。		
医師名欄への押印は「不要」です。 ただし, 作成日を訂正された場合は, 訂正印を押印してください(訂正印がない場合は返戻となります。)			障害者総合支援法第59条による指定を受けていない医師名・医療機関名は受け付けられません(返戻となります。)		
指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師					
属託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日					
(否の理由)					
(注) 入院, 通院で別々に作成してください。			診療見込期間が「入院期間+通院期間」となる場合は, 別々に作成していただく必要があります。		