

参 考 例

番 号  
年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

院長名 印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定について（申請）

このことについて、下記担当医師の同意を得たので指定していただきたく関係書類を添え申請します。

記

1 申請担当医師 ○○科 ○○ ○○  
(担当科) (担当医師名)

病院名  
担当者名  
連絡先

# 同意書

医師氏名	
医療機関名 及び所在地	
担当診療科名	
<p data-bbox="204 1077 1401 1155">身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意します。</p> <p data-bbox="975 1267 1193 1301">年 月 日</p> <p data-bbox="300 1507 1262 1541">医療機関開設者氏名 印</p> <p data-bbox="300 1697 1262 1731">医師氏名 印</p>	

## 医師名

	障 害 区 分	医療に関係のある診療科名
1	視覚障害	眼科 小児眼科 神経内科 脳神経外科 (眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限ります)。
2	聴覚障害	耳鼻いんこう科 小児耳鼻いんこう科 気管食道・耳鼻いんこう科 神経内科 脳神経外科 (耳鼻科以外の診療科の場合は、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限ります)。
3	平衡機能障害	耳鼻いんこう科 小児耳鼻いんこう科 気管食道・耳鼻いんこう科 神経内科 脳神経外科 リハビリテーション科
4	音声・言語機能障害	耳鼻いんこう科 小児耳鼻いんこう科 気管食道・耳鼻いんこう科 内科 気管食道内科 神経内科 気管食道外科 脳神経外科 形成外科 リハビリテーション科
5	そしゃく機能障害	耳鼻いんこう科 小児耳鼻いんこう科 気管食道・耳鼻いんこう科 気管食道内科 神経内科 気管食道外科 形成外科 リハビリテーション科
6	肢体不自由	整形外科 外科 小児外科 内科 神経内科 脳神経外科 形成外科 リウマチ科 小児科 リハビリテーション科
7	心臓機能障害	内科 循環器内科 心臓内科 外科 心臓血管外科 心臓外科 胸部外科 小児科 小児外科 リハビリテーション科
8	じん臓機能障害	内科 循環器内科 腎臓内科 人工透析内科 外科 移植外科 小児科 小児外科 泌尿器科 小児泌尿器科
9	呼吸器機能障害	内科 呼吸器内科 気管食道内科 外科 呼吸器外科 気管食道外科 胸部外科 小児科 小児外科 リハビリテーション科
10	ぼうこう又は直腸機能障害	泌尿器科 小児泌尿器科 外科 消化器外科 内科 消化器内科 神経内科 小児科 小児外科 産婦人科(婦人科)
11	小腸機能障害	内科 消化器内科 胃腸内科 外科 消化器外科 腹部外科 小児科 小児外科
12	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	内科 血液内科 感染症内科 呼吸器内科 外科 小児科 産婦人科 (エイズ治療拠点病院での従事経験が必要です)。
13	肝臓機能障害	内科 消化器内科 肝臓内科 外科 消化器外科 移植外科 腹部外科 肝臓外科 小児科 小児外科



# 記 載 例

様式3

## 臨床経験について

医師氏名 \_\_\_\_\_

障 害 区 分	肢体不自由
医師免許取得後、研修医として〇〇病院において、内科、外科、麻酔科、小児科の診療を行った。	
平成〇年から〇年まで、〇〇大学付属病院および〇〇病院脳神経外科において、脳腫瘍、脳血管障害、頭部外傷の症例を中心に、入院患者約〇〇名を診察し、年間約〇〇例の手術に入った。	
平成〇年から〇年までは、〇〇病院、〇〇病院、及び〇〇病院で一貫して整形外科に所属し、外傷一般、脊椎および間接の変形疾患、関節リウマチ等の症例の診察に携わった。外来患者は1日平均〇〇名前後、入院患者は〇〇名程度、手術は年間約〇〇例に入った。	
平成〇年から現在まで、〇〇病院整形外科において1日平均〇〇名前後の患者を診察しており、肢体不自由の臨床経験は通年〇〇年になる。	
肢体不自由の身体障害者手帳交付を必要とする患者が増加しているが、当指定病院の指定医が不足しているので、今回、指定の同意書を提出した。	
平成〇年から〇年までは、〇〇県において、肢体不自由の指定医として月平均〇件程度の診断書を作成していた。	
<p>(注) 作成内容はこの例に準じる必要はありませんが、以下の点について言及下さい。</p> <p>① この障害区分について、どれくらいの臨床経験があるか</p> <p>② 主にどのような症例を診察してきたか</p> <p>③ どのくらいの臨床数を経験してきたか →「年間〇例」「1日平均〇例」などなるべく数字（概数で可）により示し、「多数」など抽象的表現は避けてください。</p> <p>④ ②～③について、現在はどのような状況か この他に参考になる事項がありましたらなるべく記載して下さい。</p>	

※障害区分ごとに作成すること。

※必ず指定を受ける医師が書くこと。



# 所属学会認定医等取得状況について

医師氏名 \_\_\_\_\_

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

医療機関名

指定医師名

印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の障害区分を変更したいので、  
届け出します。

記

新	
旧	