

事 務 連 絡  
平成18年7月27日

各都道府県 障害福祉担当課 障害程度区分担当者 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
精神・障害保健課障害程度区分係

### 障害程度区分の医師意見書について(情報提供その2)

障害保健福祉行政の推進につきましては、平素より御協力いただきありがとうございます。

さて、標記について、下記のとおり参考情報を提供しますので、必要に応じて管内市町村等に情報提供されるようよろしくお願いいたします。

### 記

医師意見書作成事務の円滑化のため、次の取組みをしている事例があります。

ア 申請者が、協力医等に診察していただく前に、申請者等が予診票を記入し、診察の際に提出する。

＜予診票の参考例＞

次の内容について、簡単に記入できるような票

- ① 現在受けている治療にかかる病院名、診療科名、病名
- ② 今までにかかった病気
- ③ 身長、体重（過去6ヶ月の体重の変化）
- ④ 利き腕
- ⑤ マヒの有無及び部位
- ⑥ じょく瘡の有無及び部位
- ⑦ 関節の痛みの有無及び部位
- ⑧ 関節の拘縮の有無及び部位
- ⑨ 行動障害、精神症状の有無及び具体的な内容

イ 申請者がどの協力医の診察を受けるか決めた後に、「協力医確認書」を作成し、利用者と、協力医のいる医療機関に送付する。

★ 参考様式 別紙

障害者自立支援法に基づく医師意見書作成のための協力医について  
(協力医の確認書)

平成18年 月 日

平成18年 月 日にあなたが行った介護給付費の申請について、障害者自立支援法の規定に基づき、障害程度区分の認定を行うにあたって、医師意見書が必要ですので、あなたが名簿から選んだ医師（協力医）の所属する下記医療機関を受診してください。

- 1 診断を受けるときは、あらかじめ医療機関に連絡し、診断日時の確認並びに予約をお願いいたします。
- 2 受診の際は、この書類を医療機関に提示してください。

受給者番号 (申請者番号)		
フリガナ		
氏名		
診断を行う 医療機関	名称	
	協力医氏名	
	住所地	
	電話番号	
* 診断を受ける 期間	通知を受け取った日から、なるべく早めに受診してください。	

問い合わせ先 ○○市障害福祉課  
所在地  
電話番号