

身体障害者福祉法第15条の規定による医師の指定申請手続等について

1 指定申請手続

障害認定に係る診断書の作成は、都道府県知事が指定した医師が行うこととされており、指定を受けようとする医師は、指定申請書（様式1及び様式1別紙）に、同意書（様式2）履歴書（様式は任意ですが、勤務した医療機関で担当した診療科名、加入している学会等がある場合はその学会名を明記して下さい。）、医師免許証の写しを添えて、県知事に提出することとされています。

県では、指定申請書等を指定基準に従って審査し、岡山県社会福祉審議会の意見を聴いて指定します。

なお、指定された医師は、居住地の変更その他異動があった場合、速やかに変更届等（様式3及び4）を県知事に提出することとされています。

また、指定医師の要件として、診断しようとする身体障害の医療に関係のある診療科について、5年以上の研究、診療従事年数があることとしています。

2 備考

下表の「各障害名」の欄に記載した障害種別ごとの指定申請ができる診療科名は、次のとおりとします。

| 各 障 害 名 | 診 療 科 名 |
|-----------|--|
| 視 覚 | 眼 科 |
| 聴 覚 | 耳鼻いんこう科 |
| 平 衡 | 耳鼻いんこう科、神経内科 |
| 音 声 、 言 語 | 耳鼻いんこう科、気管食道科 |
| | ※中枢神経障害に由来する言語機能障害に限っては、日本リハビリテーション医学会専門医、日本神経学会専門医、日本脳神経外科専門医の資格取得者 |
| そ し ゃ く | 耳鼻いんこう科、気管食道科 |
| | ※中枢神経障害に由来するそしゃく機能障害に限っては、日本リハビリテーション医学会専門医、日本神経学会専門医、日本脳神経外科専門医の資格取得者 |
| 肢 体 不 自 由 | 整形外科、リハビリテーション科、神経科、神経内科、脳神経外科、小児科、内科、外科、形成外科 |
| 心 臓 | 内科、小児科、循環器科、外科、心臓血管外科 |
| じ ん 臓 | 内科、泌尿器科、小児科、循環器科、外科 |
| 呼 吸 器 | 内科、小児科、呼吸器科、外科 |
| ぼうこう又は直腸 | 泌尿器科、外科、小児科 |
| 小 腸 | 内科、消化器科（又は胃腸科）、小児科、外科 |
| 免 疫 | 内科、呼吸器科、小児科、産婦人科、外科 「注）エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。」 |
| 肝 臓 | 内科、消化器科、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 |

(様式1)

身体障害者福祉法第15条指定医師申請書

身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師について、下記のとおり指定を受けたく申請します。

記

(ふりがな)

1 医師名

2 診療科名

診断しようとする医療の種類 (該当するものに○印)

| 視覚 | 聴覚・ 平衡 | 音声・ 言語・ そしゃく | 肢体 不自由 | 心臓 | 腎臓 | 呼吸器 | 膀胱・ 直腸 | 小腸 | 免疫 | 肝臓 |
|----|-----------|--------------------|-----------|----|----|-----|-----------|----|----|----|
| | | | | | | | | | | |

3 医療機関の名称

4 医療機関の住所地

令和 年 月 日

岡山県知事 伊原木 隆 太 殿

申請医師名

※ 添付書類

① 医師免許証 (写)

② 履歴書

(履歴欄に研究室、勤務した病院で専門とした診療科目、加入学会等を明記願います。)

注1) 中枢神経障害に由来する言語、そしゃく機能障害の申請については、日本リハビリテーション医学会

専門医、日本神経学会専門医、日本脳神経外科専門医の資格証の写を添付願います。

注2) 肝臓機能障害等の申請については、(様式1別紙)を添付願います。

注3) 聴覚障害の申請については、耳鼻咽喉科学会専門医の資格証の写を添付願います。

(様式 1 別紙)

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の指定について

岡山県社会福祉審議会

身体障害者福祉専門分科会長 あて

令和 年 月 日

医師氏名

記

1 肝臓機能障害

| ① 学会加入状況 (専門医・認定医等) | ② 経 験 年 数 | ③臨床件数 | | | ④ 岡山県肝疾患診療連携拠 点病院等連絡協議会又は 岡山県医師会が認定した 研修会への参加状況 |
|---------------------------|-----------------|---------------|---------------|--------------------|---|
| | | 肝がん (これまで) | 肝 炎 (これまで) | 腹 部 超音波 (年間) | |
| | | | | | 1 年 月 2 年 月 3 年 月 |

2 じん臓機能障害

| ① 学会加入状況 (専門医・認定医等) | ② 経 験 年 数 | ③臨床件数 | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | | じん臓透析 (これまで) | ネフローゼ症候群 (これまで) |
| | | | |

3 呼吸器機能障害

現医療機関において、小児の呼吸器機能障害の「診断書・意見書」の作成を必要とする患者の有無

あり ・ なし

(様式 2)

同 意 書

| | |
|----------------|--|
| 医 師 氏 名 | |
| 医療機関名及び 所在地 | 〒 TEL () - |
| 担 当 科 目 | |

身体障害者福祉法第15条に規定する医師として指定されることに同意する。

令和 年 月 日

医療機関開設者氏名

医 師 氏 名

(様式3)

身体障害者福祉法第15条
指定医師異動届書

1 異動事項

| | | 医療機関の名称 | 所在地 |
|------|---|---------|-----|
| 変更事項 | 旧 | | |
| | 新 | | |

2 異動年月日 令和 年 月 日

上記のとおり異動しましたので、お届けします。

令和 年 月 日

岡山県知事 伊原木 隆 太 殿

氏 名

医療機関名

診療科目

(様式 4)

身体障害者福祉法第15条
指定医師辞退届書

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 辞退者 | |
| 辞退理由 | |
| 辞退年月日 | |

上記のとおり指定を辞退します。

令和 年 月 日

岡山県知事 伊原木 隆 太 殿

氏 名

医療機関名

診療科目