

## 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 指定申請手続き

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、じん臓、呼吸器の機能障害の申請については、（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	〒  T E L (            )            —
担 当 科 目	

身体障害者福祉法第 1 5 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