

身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づく
指定医師の申請書等の記載上の注意

【指定要件】

- ①身体障害者の医療に関係のある診療科名を標ぼうしている病院又は診療所において診療に従事し、その診療に関する相当の学識を有する医師であること。
- ②香川県内（高松市を除く）において開業し、又は病院若しくは診療所に勤務する医師であること。
- ③医師免許を受け、指定を受けようとする診療科名について、3年以上（医師法第16条の2に規定する臨床研修の期間を除く。）の経験年数を有するものであること。
- ④原則として、指定を受けた後1年以上県内に在住する見込みのものであること。

【提出書類】

- ①申請書
- ②履歴書
- ③主たる研究歴と業績
- ④同意書
- ⑤在住証明
- ⑥申請理由書
- ⑦医師免許証（写）

1. **申請書**の「担当者名・連絡先」にはこの申請についての問い合わせ先を記入すること。（記載例：「担当者 医事課 香川 連絡先 087-831-1111 内線 3244」）
2. **履歴書**の「身体障害者福祉法による既指定状況」の欄には、過去に同法第15条により指定を受けた障害の種類について、香川県と他県に分けて記入すること。また、（ ）内には、指定を受けた都道府県名を記入すること。
「経歴」欄は、学卒後現在に至るまで詳細に記入すること。特に研修期間、担当医療については明確に記入すること。また、勤務先における職名等の身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）及び担当診療科名もあわせて記入すること。
現住所は現に居住している住所を記載すること。
3. **同意書**の住所、氏名欄は指定医師希望者の所属医療機関の所在地及び医師氏名を記入すること。
また、同意書の「診療科名」、「障害の種類」欄は、別表「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係る障害の種類ごとの診療科名について」によるものとし、多数の診療科名を有する医師については、その科名中最も代表的なものを「診療科名」とし、「障害の種類」はそれに相応するものを記入すること。
4. **在住証明**については、指定申請書提出日以降、1年以上の在住証明を医療機関の代表者名で作成すること。

お問合せ先

香川県健康福祉部障害福祉課

総務・県立施設グループ

TEL 087-832-3291 FAX 087-806-0240

別表

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による
医師の指定に係る障害の種類ごとの診療科名について

障害の種類	診療科名	注 意 点
視 覚 障 害	眼科、脳神経外科、神経内科	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る。
聴 覚 障 害	耳鼻咽喉科、脳神経外科、神経内科	耳鼻科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。
平 衡 機 能 障 害	耳鼻咽喉科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科	
音 声 、 言 語 機 能 障 害	耳鼻咽喉科、気管食道科、神経内科、リハビリテーション科、脳神経外科、内科、形成外科	
そ し ゃ く 機 能 障 害	耳鼻咽喉科、気管食道科、神経内科、形成外科、リハビリテーション科	
肢 体 不 自 由	整形外科、外科、内科、小児科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科、リウマチ科、形成外科、(循環器科)	
心 臓 機 能 障 害	内科、小児科、循環器科、外科、心臓血管外科、小児外科、リハビリテーション科	
じ ん 臓 機 能 障 害	内科、小児科、循環器科、外科、小児外科、泌尿器科	
呼 吸 器 機 能 障 害	内科、小児科、呼吸器科、気管食道科、外科、呼吸器外科、小児外科、リハビリテーション科	
ぼ う こ う 又 は 直 腸 機 能 障 害	泌尿器科、外科、小児科、小児外科、内科、神経内科、産婦人科(婦人科)、消化器科(胃腸科)	
小 腸 機 能 障 害	内科、消化器科(胃腸科)、小児科、外科、小児外科	
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害	内科、呼吸器科、小児科、産婦人科、外科	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 機 能 障 害	内科、消化器科、小児科、外科、小児外科	