別紙様式2号－1（1）

自立支援医療（更生医療）要否意見書（一　般　用）

|  |
| --- |
| １新規　2変更　3再認定 |
| ふりがな本人氏名 |  | 生年月日 | 大・昭・平　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 男女 |
| 障害 | 原病名： |
| 機能障害名： |
| 障害の発生と経過 | (１)上記の機能障害を起こした年月日　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| (２)障害が永続すると判定された日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　推定・確認 |
| (３)現在までの治療経過 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 手術年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療の具体的方針 |
| 治療効果見込み　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　術前の等級　　　　　種類　　　　級 |
| 身体の状況及び所見

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　右 | 関　節 | 　左 |
|  | 屈　曲 |  |
|  | 伸　展 |  |
|  | 外　転 |  |
|  | 内　転 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 握力kg |  |

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見　（該当するものを○で囲む）１．感覚障害（図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍痺・異常感覚２．運動障害（図示）：なし・弛緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・　　　　　　　　　　　　　 しんせん・運動失調・その他 　＜参　考　図　示＞ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　右　　　　　左右　　　　　 左 左　　　　　 右正面　　　　　　　背面　　　　　　　　右　　　　　　左　 変形　**×**　切離断　　　　 感覚障害　　　　　運動障害　（注）関係ない部分は記入不要 |

別紙様式2号－1（2）

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（一　般　用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　齢 | 　　　　　歳 |  |
| 手術名 |  |
| 手　　　術　　　料 | 内　　　　　　　　　　容 | 第　１　月 | 第　２　月 | 第　３　月 | 合　　計 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 輸血・麻酔 |  |  |  |  |
| 薬剤・材料等 |  |  |  |  |
| 投薬 | 院外処方　有・無 |  |  |  |  |
| 薬品名（　　　　　　　錠、　　　　　　錠等）　　　 |  |  |  |  |
| 注射 | 注射名（　　　　　　　 |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　等） |  |  |  |  |
| 処　置 | 術後処理等　（処置時の薬剤等を含む） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 検　査 | X-P |  |  |  |  |
| 血液検査等 |  |  |  |  |
|  | 基本料 |  |  |  |  |
|  | 入院料 |  |  |  |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  | 円 |
|  |
| 診療見込期間 | 入 院 | 　　　自　 　月　 　日 | 入院外 | 　 　自　　　月　　　日 |
| 　　　至　 　月 　　 日 | 　　 至　　　月　　　日 |

 上記のとおり診断しました。

 　　　　　　年　　　　月　　　　日

 指定自立支援医療機関（更生医療）所在地

 　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

 指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　自立支援医療（更生医療）を適当と認定します。

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　身体障害者更生相談所　医師　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印