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