様式2号-1(1)

自立支援医療(更生医療)要否意見書 一般・肢体不自由用

|  |
| --- |
| 1 新規　2 変更　3 再認定 |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | |  | | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 治療効果の見込み | | | 術前の等級　　　級  術後の等級　　　級 | | | |
| 身体の状況及び所見 （肢体不自由はX-P像を添付）  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   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 右 | 関節 | 左 | |  | MMT |  | |  |  |  | |  | 屈 曲 |  | |  | 伸 展 |  | |  | 外 転 |  | |  | 内 転 |  | |  |  |  | |  | 握力㎏ |  |     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 | | | | | | |

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・肢体不自由用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | | 年　齢 | | | 歳 | |
| 手 術 名 | |  | | | | | | | | | |
| 診療見込  期　間 | | 入 院 | 自　 　月　 　日 | | 入院外 | | | | 自　　　月　　　日 | | |
| 至　 　月 　 日 | | 至　　　月　　　日 | | |
| 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 ） | | |  | |  | |  | | |  |
| 薬品料 | | |  | |  | |  | | |  |
| 薬品名： | | |  | |  | |  | | |  |
| 注  射 | 注射料 | | |  | |  | |  | | |  |
| 注射名： | | |  | |  | |  | | |  |
| 処  置 | 術後処理等（処置時の薬剤等を含む） | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
| 検　査 | Ｘ-Ｐ・ＣＴ等 | | |  | |  | |  | | |  |
| 血液検査等 | | |  | |  | |  | | |  |
| 基本診療（初診・再診料） | | | |  | |  | |  | | |  |
| 入 院 料 | | | |  | |  | |  | | |  |
| そ の 他： | | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | |  | |  | |  | | |  |
| 合　　計 | | | |  | |  | |  | | | 円 |

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

指定医師氏名