様式2号-6(1)

自立支援医療(更生医療)要否意見書 そしゃく機能障害用

|  |
| --- |
| 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咀嚼，嚥下，発音障害及びその他の機能障害（形態異常）の所見過去及び今回の手術部位picture2tooth3 |

様式2号-6(2)

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 そしゃく機能障害用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 内　　　　訳 | 第１月 | 第２月 | 第３月 | 第４月 | 第５月 | 第６月 | 合　計 |
| 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 |
| 手術料 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 術後処置等＊ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |

* 術後処置等：処置時の薬剤等を含む。

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