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