

(様式第2号の1)

自立支援医療(更生医療)意見書(肢体不自由用)

申請の区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 再認定 <input type="checkbox"/> 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名	<input type="checkbox"/> 1 変形性関節症 [<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両] [<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 2 関節リウマチ [<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両] [<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 3 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 4 後縦靭帯硬化症 <input type="checkbox"/> 5 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 6 その他 ()		
治療経過及び障害の現症	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や機能障害の状況－関節の可動域、筋力、変形・拘縮、疼痛、ADL面等－について記載すること】		
医療の具体的方針	<input type="checkbox"/> 1 手術 <input type="checkbox"/> 2 リハビリテーション <input type="checkbox"/> 3 その他 ()		
	手術の内容	<input type="checkbox"/> 1 人工関節置換術 [<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両] [<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 2 骨切り術 <input type="checkbox"/> 3 関節形成術 <input type="checkbox"/> 4 関節固定術 <input type="checkbox"/> 5 金属等除去術 <input type="checkbox"/> 6 義肢装着のための断端形成術 <input type="checkbox"/> 7 その他 ()	
	【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】		
治療の形態	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) (入院の主たる治療目的) 注: 入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項目	内容	1か月目	2か月目	3か月目	合計	
	入院（再診）料		円	円	円	0円	
	手術料		円	円	円	0円	
	投薬	内服薬	剤				
			日分	円	円	円	0円
	院外処方 □1有 □2無		回	円	円	円	0円
			回	円	円	円	0円
	注射		回	円	円	円	0円
	処置	内容		円	円	円	0円
	検査	内容		円	円	円	0円
	画像診断	内容		円	円	円	0円
	医学管理	内容		円	円	円	0円
	リハビリテーション	内容		円	円	円	0円
	その他	内容		円	円	円	0円
		内容		円	円	円	0円
内容			円	円	円	0円	
合計			0円	0円	0円	0円	

※1 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）
 ※2 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所在地

電話番号 ()

診療科

主として担当する医師名(指定医師)

印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審査欄	
審査結果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年 月 日