

(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	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名	☐ 1 変形性関節症 [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] [☐ 膝 ☐ 股 ☐ その他()] ☐ 2 関節リウマチ [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] [☐ 膝 ☐ 股 ☐ その他()] ☐ 3 脳性麻痺 ☐ 4 後縦靱帯硬化症 ☐ 5 脊柱管狭窄症 ☐ 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	☐ 1 手術 ☐ 2 リハビリテーション ☐ 3 その他()		
	手術の内容	☐ 1 人工関節置換術 [☐ 右 ☐ 左 ☐ 両] ☐ 肘 ☐ 肩 ☐ その他()	
		☐ 2 骨切り術 ☐ 3 関節形成術 ☐ 4 関節固定術	
☐ 5 金属等抜去術 ☐ 6 義肢装着のための断端形成術			
☐ 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	☐ 1 入院 ☐ 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	円
	手術料			円	円	円	円
	投 薬 院 外 □ 1 有 処 方 □ 2 無	内服薬	剤	円	円	円	円
			日分				
			回	円	円	円	円
			回	円	円	円	円
	注 射	回		円	円	円	円
	処 置	内容		円	円	円	円
	検 査	内容		円	円	円	円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	円
	リハビリテーション	内容		円	円	円	円
	そ の 他	内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
	合 計			0 円	0 円	円	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
(氏名を自署する場合は、押印不要とする。)

※ 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 (氏名を自署する場合は、押印不要とする。)
審 査 年 月 日	年 月 日