

(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		生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容	
障がいの現症	【機能障がいの状況－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 リハビリのみ 3 その他()		
	手術の内容	<input type="checkbox"/> 人工関節置換術 [膝 ・ 股 ・(その他)、右 ・ 左] <input type="checkbox"/> 骨切り術 <input type="checkbox"/> 骨移植術 <input type="checkbox"/> 関節固定術 <input type="checkbox"/> 金属除去術 <input type="checkbox"/> 義肢装着のための断端形成術 <input type="checkbox"/> その他()	
	【対象部位、治療内容等を具体的に記入すること】		
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(日間)		
治療効果見込み	【治療後における障がいの回復状況の見込み】		

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額 (円)	項目	1か月目	2か月目	3か月目				合計
	入院(再診)料							
	手術料							
	投薬料							
	注射料							
	処置料							
	検査料							
	画像診断料							
	リハビリテーション							
	その他							
	合計							
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。) 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。							

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ()

担当医師名 印

* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 一部対象外 3 不 適 当 4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当
	【不適當の理由】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日