

(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	明治昭和	大正平成	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"/> 金属抜去術 <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		日間(か月)					
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

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。) 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。							

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

(様式第2号の1) 【記入例】*治療開始予定日以前に市町村に申請する必要あり。

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	福島太郎	①男 女	生年月日 ①明治 大正 昭和 平成 〇年〇月〇日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇		
原傷病名	両変形性膝関節症		
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容	
	H〇年頃	両膝関節痛出現	
		その後徐々に両膝痛が増強	
	H〇年〇月	右人工膝関節置換術施行	
		右膝痛は軽減されたが、左膝痛あり。	
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】 膝関節可動域〇〇° 左膝痛あり。X線写真上著しい変形あり。 疼痛強く、歩行可能な距離は杖歩行にて100m程度。		
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 checked="" 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】 保存的療法を3か月行ったが改善されず、外科手術の治療が必要になった。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">身体障害者手帳交付日以降の日付を記入。</div>		
治療の形態	①入院	2 通院(月 回)	手術予定日 平成 〇年 〇月 〇日
治療予定期間	平成〇年 〇月 〇日から 〇日間(〇 か月)		
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】 膝関節痛が軽減され、歩行能力が改善される。		

裏面へ続く

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							
(円) 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。) 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。							

食事療養費は除く。

*概算額記入

上記のとおり診断します。 治療予定期間の開始日以前の日付を記入。

平成○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○ ○ 病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ()

担当医師名 ○ ○ ○ ○ 印

更生医療の承認医師であること。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意!)

*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