

| 自立支援医療(更生医療)医学的意見書(肢体不自由用) |                                          |                          |               |               |
|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------|---------------|---------------|
| ふりがな                       |                                          |                          | 生年月日          | T・S・H<br>( 歳) |
| 氏 名                        |                                          |                          |               |               |
| 住 所                        |                                          |                          |               |               |
| 障害名                        | ( 種 級)                                   |                          |               |               |
| 現<br>症                     | 原傷病名                                     |                          | 原因疾患の<br>発生時期 | 年 月 日         |
|                            | ※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。              |                          |               |               |
| 医<br>療<br>の<br>方<br>針      | 医 療 の<br>具体的方針                           |                          |               |               |
|                            | 医 療 による<br>回復程度見込<br>(除去・軽減される<br>障害の程度) |                          |               |               |
|                            | 更生医療開始予定年月日                              | 年 月 日 ( 新規・医療内容変更・期間延長 ) |               |               |
| 更生医療の具体的方針及び概算額            |                                          |                          |               |               |
| 内 容                        |                                          |                          |               | 金 額           |
| 手 術 名                      |                                          |                          |               |               |
| 投薬注射名                      |                                          |                          |               |               |
| 処 置 名                      |                                          |                          |               |               |
| 検 査 名                      |                                          |                          |               |               |
| 基 本 診 療                    |                                          |                          |               |               |
| 入院(通院)期間                   |                                          |                          |               |               |
| そ の 他                      |                                          |                          |               |               |
| 合 計                        |                                          |                          |               |               |

氏名

|                                                          |       |                     |
|----------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| 更生医療<br>予定期間                                             | 入院    | 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間) |
|                                                          | 通院    | 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間) |
| 手術予定日                                                    | 年 月 日 |                     |
| (臨床所見)                                                   |       |                     |
| (備考)                                                     |       |                     |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p> |       |                     |

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。  
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は3ヶ月以内。  
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。