

(更様式1)

自立支援医療（更生医療）内容意見書（肢体不自由・その他）

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）						
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳		
住 所：				電話：		
障がい名： 機能障害 級（有・申請中）			原傷病名：			
現病歴および治療経過・現症						
医療の 具体的方針						
医療効果見込				術後等級見込 級		
手術予定日 年 月 日						
医療予定期間 入院： 年 月 日 ~ 年 月 日 通院： 年 月 日 ~ 年 月 日						
検査結果	検査日 年 月 日					
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置			その他（ ）		
	検査					
	合計		円			
年 月 日 指定自立支援医療機関 の名称・所在地 主として担当する医師 科						

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と判定します。
	年 月 日
	福井県総合福祉相談所 審査医師

自立支援医療（更生医療）内容意見書（肢体・その他）

○で囲む。内容変更の場合は、変更内容を記入する。

*医療予定期間を更生医療有効期間とする。有効期間は入院・通院合わせて、肢体は3ヶ月、免疫は1年まで。

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）						
フリガナ		性別	生年月日	年齢		
術前等級・現等級 認定されている障がい部位と手術部位に整合性がない場合更生医療は認められないので要注意のこと。 *「右下肢機能障害」では「左膝関節置換術」は受けられないなど。						
障害名： 機能障害 級（有・申請中）			原傷病名： *最も可能性の高い原傷病名を記入する			
現病歴および治療経過・現症						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。手術が必要になった経過など。 ・ 肢体の場合は、関節の可動域、筋力、変形・拘縮、疼痛、ADL 面など。 ・ 免疫機能障害の場合は、HIV 感染確認日や感染症状の経過など。 						
治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。 (例) 右膝関節痛が軽減され、歩行能力が改善できる。 免疫機能の回復適応あり。日常生活の維持など。						
医療の 具体的方針		・具体的な術名、治療部位や、特記すべき事項など記入する。				
医療効果見込			術後等級見込 級			
手術予定日		年 月 日				
医療予定期間		入院： 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通院： 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
検査結果	検査日 年 月 日 *申請直近の検査結果を記入					
	*免疫機能障害の場合 ・CD4リンパ球数 ・HIV-RNA 量		*手術の場合は手術を決定した時点の検査結果を記入 *肢体は X-P 所見など			
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術	*医療予定期間内の概算額を記入				
	投薬・注射	・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。				
	処置	・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。				
	検査	・その他を記入する時は、詳細も記入する。				
合計		円				
手術日以前の日付であること。		年 月 日		指定自立支援医療機関の名称・所在地 主として担当する医師		
障害者総合支援法第 59 条第 1 項の規定による医療機関、主として担当する医師は、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が作成者であること。						

*下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と判定します。					
	年 月 日					
	福井県総合福祉相談所 審査医師					