

| 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 | (歳) |
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 障害名 | (種 級) | | |
| 現 症 | 原傷病名 | 原因疾患の 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 療 の 方 針 | 医療の 具体的方針 | | |
| | 医療による 回復程度見込 (除去・軽減される 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 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">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。