

# 自立支援医療〔更生医療〕意見書

## 記入例(肢体不自由)

<b>受付番号 更肢</b>			受付日 令和 年 月 日 実施場所 三重県障害者相談支援センター		
フリガナ	シintai タロウ	性別	身 体 障 害 者 手 帳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 申請中	
氏名	身体 太郎			障害等級 2種 4級 交付日 令和1年 5月 18日 手帳番号 三重県第 012345号	
明・大・昭・平	28年 5月 1日生 58歳			障害名  <b>変形性股関節症による 右股関節機能障害</b>	
居住地	三重県一身田小古曾××町△番地				
主訴	① 補装具（種類） ② 自立支援医療〔更生医療〕（ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新規</span> ）・ 継続（前回 年 月 日まで） ※いずれかを選択してください。				
病名	右変形性股関節症				
既往症及び現症	平成30年5月から右股関節痛が出現し歩行困難 令和元年5月10日当科受診 レントゲンにて右変形性股関節症と診断				
肢体不自由の状況及び所見	神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見 該当するものを○で囲んでください。				
	1. 感覚障害（下記図示）： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">なし</span> ・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚				
	2. 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">その他</span>				
	3. 起因部位：脳・脊髄・抹消神経・筋肉・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">骨関節</span> ・その他				
	4. Brunnstrom ステージ（中枢性運動障害の時）				
	5. 排尿・排便機能障害： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">なし</span> ・あり				
	6. 先天奇形： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">なし</span> ・脳・脊髄・四肢・その他				
	○歩行能力の程度（歩行距離） 1 m <span style="float: right;">＜車いすを処方の場合＞</span>				
	○起立位 10分 <span style="float: right;">身長 _____ cm</span>				
	○座位 正位、横すわり、あぐら、 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脚なげ出し</span> <span style="float: right;">体重 _____ kg</span>				
○下肢長 右= 64 cm 左= 67 cm <span style="float: right;">襻瘡 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____）</span>					
○握力 右= _____ kg 左= _____ kg <span style="float: right;">襻瘡 <input type="checkbox"/> 既往有（部位 _____）</span> <span style="float: right;">無</span>					
参 考 図 示					
×変形 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; background-color: black; border: 1px solid black;"></span> 切離断 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px dashed black;"></span> 感覚障害 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></span> 運動障害					
※ 関係のない部分は記入しないでください					

自立支援医療(更生医療)	医療の具体的方針 手術(手術名 右人工股関節全置換術 ) その他(内容 )		
	治療期間	概算額 ※治療期間中の更生医療に関する医療費の総額を記入	
	令和1年 6月 1日 ~ 令和1年 8月 31日  ( 入院 6月 1日 ~ 6月 30日 ) ( 手術 6月 3日 ) ( 通院 7月 1日 ~ 8月 31日 )	手術	1,000,000円
		投薬注射	330,000円
		処置	円
		検査	50,000円
		基本診療	円
		入院	400,000円
		通院	400,000円
		その他	80,000円
計		2,260,000円	

医療所見(補装具または本医療の効果・必要性) ※必ず記入してください(具体的に)。

術後、歩行が容易となることにより、ADLが拡大される。

上記のとおり意見します。

令和 1年 5月 10日 ← 診断日は更生医療開始以前の日付であること(当日含む)

医療機関所在地

医療機関名 指定自立支援医療(更生医療)機関であること

医師氏名 主として担当する医師名が必要

(主治医との連名可)

障害者総合支援法第59条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい(連名可)。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定		
	否の理由	
令和 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		