

自立支援医療(更生医療)意見書

肢体

氏 名		生年月日		明・大・昭・平・令		年 月 日	
経 過	治 療 経 過						
	自立支援医療 が必要となる障 害の状況 ※1	1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり ※裏面記載不要 2. 手帳申請時と比較して変化のある場合：裏面に記載のとおり (「身体障害者手帳診断書・意見書」を添付のうえ、変化のある部分のみ裏面に 記載してさい。)					
医療の具体的 方針 ※2				効果見込み ※3			
医 療 費 概 算 内 訳 等	自立支援医療 適用期間	入院	年 月 日～ 年 月 日		通院	年 月 日～ 年 月 日	
	医療費概算額	健保点数		点	金額	円	
	①初・再診			点	⑦()	点	
	②投薬・注射			点	⑧入院	点	
	③処置			点	⑨小 計	点	
	④手術			点	⑨×10	円	
	⑤検査(レントゲンを含む)			点	⑩その他()	円	
	⑥()			点	合 計(⑨+⑩)	円	
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 医師氏名(意見書作成医師) 印 医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師) 印							

※1「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、裏面記載不要です。

障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を記載願います。「身体障害者手帳診断書」のない場合は裏面の記載漏れがないようにお願いします。

※2「医療の具体的方針」欄は、必要な手術名、手術月日、術後の治療内容等を記載してください。

※3「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。

(裏面へ続く)

《裏面》 肢体不自由用

臨床所見（該当するものを○印で囲むこと。）

1. 感覚障害：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4. 排尿・排便機能障害：なし・あり
5. 形態異常：なし・あり（ ）

計 測

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

日常生活動作の障害程度（自立：○ 半介助：△ 全介助又は不能：×（ ）の中のものを使うときはそれに○印）

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		歯ブラシで歯を磨く（自助具）	
立つ（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）		顔を洗い、タオルで拭く	
家の中の移動 （壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車いす）		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄の後始末をする		2階まで階段を上って下りる （手すり、杖、松葉杖）	
（箸で）食事をする（スプーン、自助具）		屋外を移動する(家の周辺程度) （杖、松葉杖、車いす）	
コップで水を飲む		公共の乗り物を利用する	

その他（参考となる事項）