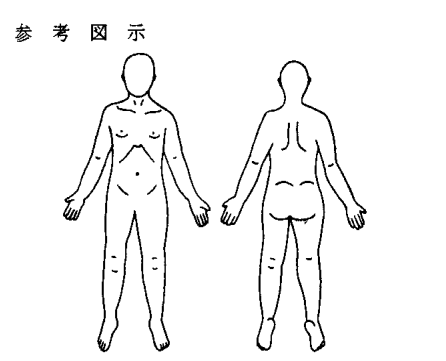
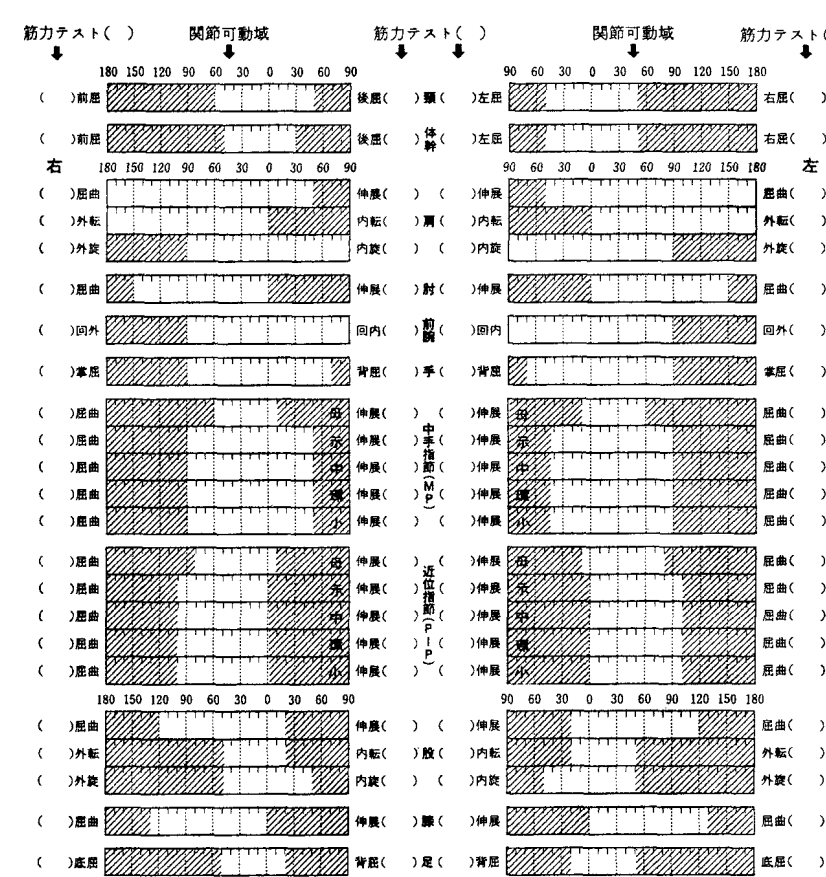


自立支援医療（更生医療）意見書

肢

令和 年 月 日		医療機関名 所在地 指定(届出)医師名(自署) 診療担当医師(自署) (自署でない場合は氏名の右に押印してください。)																							
氏名	T・S・H 年 月 日生(歳)	住所																							
原傷病名																									
現治療及経過																									
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○でかこむこと。) 1. 感覚障害(下記図示): なし・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・その他 3. 起病部位: 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・脳・脊髄・四肢・その他																								
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>参考図示</p>  <p>× 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害</p> <p>(注) 関係ない部分は記入不要</p> </div> <div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>右</td> <td>左</td> </tr> <tr> <td>上肢長cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下肢長cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>上腕周径cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>前腕周径cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>大腿周径cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下腿周径cm</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>握力kg</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>			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	
	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																									
動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×, () の中のものを使う時はそれに○																									

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)	筋力テスト() 関節可動域 筋力テスト() 関節可動域 筋力テスト() 				
	(この表は必要な部分を記入)				
更生医療概要					
機能回復の見込み(障害の軽減・除去等)					
医療の具体的方針(術名)	入院予定日 令和 年 月 日 手術予定日 令和 年 月 日				
医療の概要					
医療費概算内訳	治療期間	入院	カ月	通院	カ月
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円
	①初・再診	点	⑤検査	点	点
	②投薬注射	点	⑥入院	点	点
	③処置	点	⑦その他	点	点
	④手術	点			

(医療機関へのお願い)
 兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・医療(手術・訓練等)は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。