

自立支援医療(更生医療)意見書

肢体

氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日										
経過等	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下さい。）															
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											
	初・再診	点	()		点												
	投薬・注射	点	入院		点												
	処置	点	小計		点												
	手術	点	×10		円												
	検査(レントゲンを含む)	点	その他()		円												
()	点	合計(+)		円													
上記のとおり診断する。 平成 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(指定医療機関届出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)