

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【その他障害用】

新規認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
受診者住所			手帳等級	種 級	
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)				
病歴	○障がいの原因となった傷病の発症年月日 (年 月 日)				
現症	○更生医療を必要とする身体機能・障がいの状況				
	○参考となる検査所見				
医療の具体的方針	○手術予定日 (年 月 日) ○術名・療法 ()		医療費概算額（診療見込期間内の総額）		
			区 分	摘 要	金 額
			初診・再診料		円
			投薬料		円
			注射料		円
			処置料		円
			手術麻酔料		円
			検査料		円
			入院料		円
			その他		円
		合 計		円	
診療見込期間	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間	
(入院3ヶ月又は通院1年以内)	通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算	日間	
○術後の回復の見込み・軽減される障がいの程度					
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名					

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載して下さい。
 ※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用して下さい。
 ※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

- ※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「診療見込期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について表面に記載して下さい。なお、免疫機能障害に対する抗HIV療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法及び歯科矯正療法それぞれの通院の有効期間は1年以内が可能です。
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]