

(表面)

自立支援医療(更生医療)意見書【肢体不自由用】

方針変更

再認定

受診者氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
受診者住所			手帳等級	種 級	
従前の方針	術名・療法	入院・通院の別		有効期間	
現症	○更生医療の方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況				
	○参考となる検査所見 (X線所見、筋力検査所見、関節可動域所見等を具体的に記入のこと)				
医療の具体的方針	○方針変更・再認定時更生医療の内容		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
○手術予定日 (年 月 日)		合計		円	
○術名・療法 ()					
診療見込期間	入院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間			
(入院又は通院で3ヶ月以内)	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					

※ この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけて下さい。

※ 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]

- ※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
- ※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。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。
- ※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告して下さい。(この場合、表面では「再認定」に丸印をつけて下さい。)
- ※ 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。