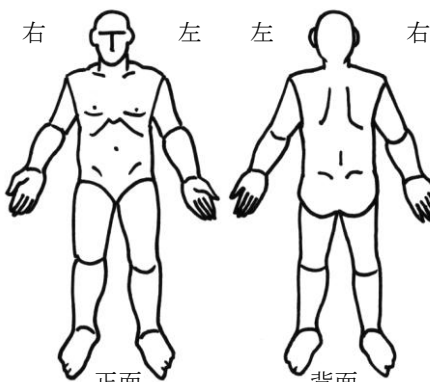
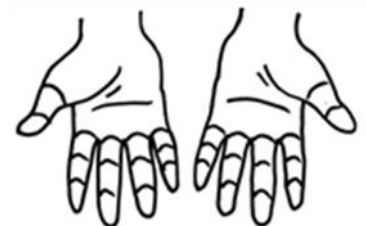


		1 新規 2 変更 3 再認定																												
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日																											
住 所																														
障 害	原 病 名：																													
	機能障害名：																													
障 害 の 発 生 と 経 過	(1) 上記の機能障害を起こした年月日 年 月 日																													
	(2) 障害が永続すると判定された日 年 月 日 推定・確認																													
	(3) 現在までの治療経過																													
手 術 年 月 日		年 月 日																												
医療の具体的方針																														
治療効果の見込み		術前の等級 級 術後の等級 級																												
身体の状況及び所見 (肢体不自由は X-P 像を添付)																														
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○で囲む)																														
1 感覚障害 (図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍痺・異常感覚																														
2 運動障害 (図示)：なし・弛緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他																														
<参考図示> 右 左 左 右  正面 背面  右 左 <table><tr><td>右</td><td>関節</td><td>左</td></tr><tr><td></td><td>MMT</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>屈 曲</td><td></td></tr><tr><td></td><td>伸 展</td><td></td></tr><tr><td></td><td>外 転</td><td></td></tr><tr><td></td><td>内 転</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>握力kg</td><td></td></tr></table> 変形 × 切離断 ■ 感覚障害 ▨ 運動障害 ▨ (注) 関係ない部分は記入不要				右	関節	左		MMT						屈 曲			伸 展			外 転			内 転						握力kg	
右	関節	左																												
	MMT																													
	屈 曲																													
	伸 展																													
	外 転																													
	内 転																													
	握力kg																													

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 一般・肢体不自由用

氏 名				年 齢	歳	
手 術 名						
診療見込 期 間	入 院	自 月 日 至 月 日	入院外	自 月 日 至 月 日		
手 術 料	内 容		第 1 月	第 2 月	第 3 月	合 計
	輸血・麻酔					
	薬剤・材料等					
投 薬	院外処方（有・無）					
	薬品料					
	薬品名：					
注 射	注射料					
	注射名：					
処 置	術後処理等（処置時の薬剤等を含む）					
検 査	X-P・CT等					
	血液検査等					
基本診療（初診・再診料）						
入 院 料						
そ の 他：						
合 計						円

上記のとおり診断しました。 年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地
名 称

指定医師氏名 _____