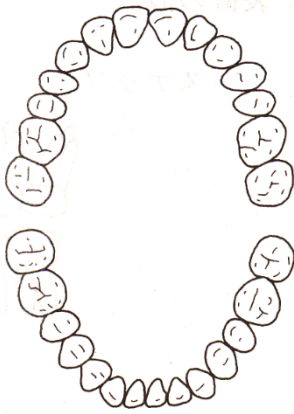


自立支援医療(更生医療) 要否意見書 そしゃく機能障害用

		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			
咀嚼、嚥下、発音障害及びその他の機能障害（形態異常）の所見			
過去及び今回の手術部位			
			

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 そしやく機能障害用

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			
内 訳		第1月 月分	第2月 月分	第3月 月分	第4月 月分	第5月 月分	第6月 月分	合 計	
手術料									
	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	術後処置等*								
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	

※ 術後処置等：処置時の薬剤等を含む。

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 _____