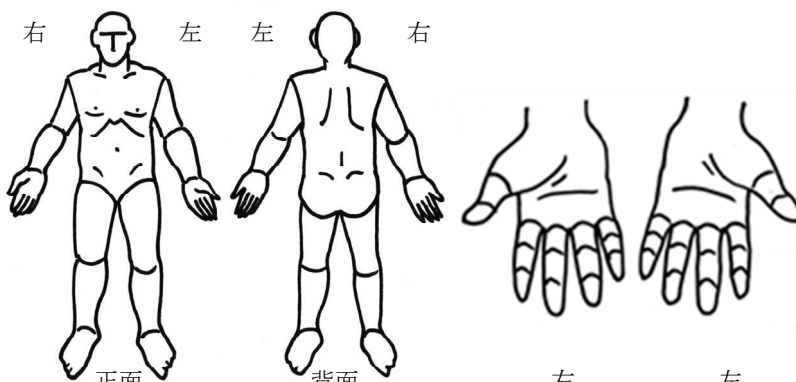



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--------------------|---|----|---|--|-----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|------|--|
| | | 1 新規 2 変更 3 再認定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>身体の状況及び所見 (肢体不自由は X-P 像を添付)</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p><参考図示></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 左 左 右</p>  <p>正面 背面 右 左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右 左</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">右</td> <td style="width: 60%;">関節</td> <td style="width: 20%;">左</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MMT</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>握力kg</td> <td></td> </tr> </table> </div> <p>変形 × 切離断 感覚障害 運動障害 </p> <p>(注) 関係ない部分は記入不要</p> | | | | 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 _____