## 自立支援医療(更生医療)要否意見書 一般・肢体不自由用

								1 新規	2 変更	3 -	再認定
ふり7 氏	<sup>がな</sup> 名					生年月日			年	月	日
住	所										
障原	病	名:									
害機	能障害	名:									
障 —			章害を起こ				年	月	日		
- <u>-</u>			トると判定:	された日			年	月	日	推定	* 確認
発	り児仕 3 	* COM	台療経過								
生 と											
経											
過											
手 術	年月	月日		年	月	日					
医療の	具体的	方針									
治療效	り 果の見	見込み								の等級の等級	
身体の	 )状況及	び所見	,(肢体不自	曲は X-P f	像を添付)						
神経学	的所見	しその他	.の機能障害	言(形態	異常)のア	<b>听見</b> (該当する	ものを○~	で囲む)			
1 感	覚障害 動障害	(図示) (図示)	: なし・感覚 : なし・弛緩	覚脱失・原 受性麻痺・	感覚鈍痺・	異常感覚 庫・固縮・不随		で囲む)			lebeb .
1 感	覚障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		で囲む)	右		te t
1 感	覚障害 動障害	(図示) (図示)	: なし・感覚 : なし・弛緩	覚脱失・原 受性麻痺・	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		で囲む)	1	節	左 左
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		Q.	関	-	
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		Q.	関	節	
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		Q.	関 MI	節 MT	
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		Q.	関 MI 屈 伸	節 MT 曲 展	
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随		Q.	関 MI 屈 伸	節 MT 曲 展 転	
1 感	覚障害 動障害	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: なし・感覚 : なし・弛緩 しん	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・ ・けい性麻	異常感覚 庫・固縮・不随	意運動・	Q.	関 MI 屈 伸	節 MT 曲 展	
1 感	党動を多くない。	( <b>図示</b> ) ( <b>図示</b> ) 示>	: : : 左	創脱失・原発性麻痺・ がせん・道	感覚鈍痺・調・ を を を を を を を を を を を を を を を を を を	異常感覚 庫・固縮・不随	意運動・	Q.	関 MI 屈 伸	節 MT 曲 展 転	

## 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

								•		
£	· 名						年 齢	र्व		歳
月	F術 名									
	参療見込 期 間	入院	自至	月 月	日日	入隊	<b></b> 完外	自至	月 月	日日
		内	容		第1月	第2	月	第3月	合	計
手術料										
	輸血・麻酔	<u> </u>								
	薬剤・材料	<del> </del>  等								
ДП.	院外処方	(有・無)								
投薬	薬品料									
	薬品名:								1	
注	注射料									
射	注射名:					1			1	
処 置	術後処理等	等(処置時の薬剤等を	:含む)							
直.										
検 査	X-P • C									
	血液検査等									
	本診療(初診	:・再診料)								
	院 料									
そ	の他:									
		合 計								円
		<b>参断しました。</b>			. 月	<u>目</u>				
‡	指定自立支持	爱医療機関(更	生医療)所	在地						

			/1	<u> </u>
)	所在地			
	名 称			
	H 13			
	指定医院	師氏名		
	7,7,0,0,0	.,,	_	

2023年4月広島県立身体障害者更生相談所