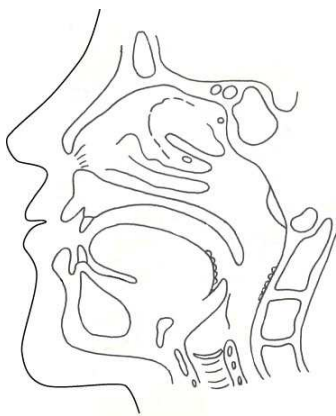
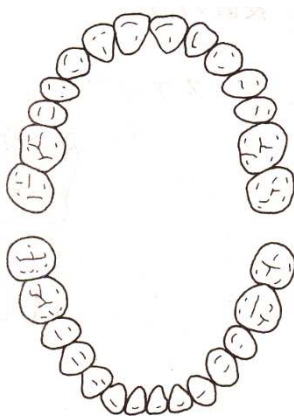


自立支援医療(更生医療)要否意見書 そしゃく機能障害用

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
<p>身体の状況及び所見</p> <p>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</p> <p>過去及び今回の手術部位</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>			

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	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	合計
		月分	月分	月分	月分	月分	月分	
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 _____