

自立支援医療(更生医療)意見書

肢体

|                                                                                                                             |                                |                                                                                                                                       |      |             |            |    |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|------------|----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏 名                                                                                                                         |                                | 男・女                                                                                                                                   | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 |            | 年  | 月 | 日 |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 経<br>過<br>等                                                                                                                 | 治 療 経 過                        |                                                                                                                                       |      |             |            |    |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 自立支援医療<br>が必要となる障<br>害の状況<br>1 | 1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり<br>裏面記載不要<br>2. 手帳申請時と比較して変化のある場合：裏面に記載のとおり<br>（「身体障害者手帳診断書・意見書」を添付のうえ、変化のある部分のみ裏面に<br>記載して下さい。） |      |             |            |    |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 医療の具体的<br>方針 2                                                                                                              |                                |                                                                                                                                       |      |             | 効果見込み<br>3 |    |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 医<br>療<br>費<br>概<br>算<br>内<br>訳<br>等                                                                                        | 自立支援医療<br>適用 期 間               | 入院                                                                                                                                    | 年    | 月           | 日          | ～  | 年 | 月 | 日 | 通院 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
|                                                                                                                             | 医療費概算額                         | 健保点数                                                                                                                                  |      | 点           |            | 金額 |   | 円 |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 初・再診                           | 点                                                                                                                                     |      | ( )         |            | 点  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 投薬・注射                          | 点                                                                                                                                     |      | 入院          |            | 点  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 処置                             | 点                                                                                                                                     |      | 小 計         |            | 点  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 手術                             | 点                                                                                                                                     |      | × 10        |            | 円  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                             | 検査(レントゲンを含む)                   | 点                                                                                                                                     |      | その他( )      |            | 円  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
| ( )                                                                                                                         |                                | 点                                                                                                                                     |      | 合 計( + )    |            | 円  |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 上記のとおり診断する。<br>令和 年 月 日<br><br>指定自立支援医療機関の名称<br><br><br>医師氏名(意見書作成医師)<br><br><br>医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師)<br><br>印<br><br>印 |                                |                                                                                                                                       |      |             |            |    |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |

1 「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、裏面記載不要です。  
障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を記載願います。「身体障害者手帳診断書」のない場合は裏面の記載漏れがないようにお願いします。

2 「医療の具体的方針」欄は、必要な手術名、手術月日、術後の治療内容等を記載してください。

3 「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。  
(裏面へ続く)

## 〔裏面〕 肢体不自由用

臨床所見 (該当するものを○印で囲むこと。)

1. 感覚障害：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4. 排尿・排便機能障害：なし・あり
5. 形態異常：なし・あり( )

計 測

| 右 |         | 左 |
|---|---------|---|
|   | 上肢長 cm  |   |
|   | 下肢長 cm  |   |
|   | 上腕周径 cm |   |
|   | 前腕周径 cm |   |
|   | 大腿周径 cm |   |
|   | 下腿周径 cm |   |
|   | 握力 kg   |   |

日常生活動作の障害程度 (自立：○ 半介助： 全介助又は不能：× ( )の中のものを使うときはそれに○印)

|                                 |  |                                  |  |
|---------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 寝返りをする                          |  | シャツを着て脱ぐ                         |  |
| 足を投げ出して座る                       |  | ズボンをはいて脱ぐ (自助具)                  |  |
| 椅子に腰かける                         |  | 歯ブラシで歯を磨く (自助具)                  |  |
| 立つ (手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)          |  | 顔を洗い、タオルで拭く                      |  |
| 家の中の移動<br>( 壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車いす ) |  | タオルを絞る                           |  |
| 洋式便器にすわる                        |  | 背中を洗う                            |  |
| 排泄の後始末をする                       |  | 2階まで階段を上って下りる<br>( 手すり、杖、松葉杖 )   |  |
| ( 箸で) 食事をする ( スプーン、自助具 )        |  | 屋外を移動する(家の周辺程度)<br>( 杖、松葉杖、車いす ) |  |
| コップで水を飲む                        |  | 公共の乗り物を利用する                      |  |

その他 (参考となる事項)