

# 自立支援医療〔更生医療〕意見書（肢体不自由）

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>受付番号 更肢</b> _____         </div>				受付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
フリガナ				<b>身体障害者手帳</b>	有	申請中		
氏名					障害等級	種	級	
男・女					交付日	年	月	日
明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳					手帳番号	県第 _____ 号		
居住地				障害名				
主訴	自立支援医療〔更生医療〕（ 新規 ・ 継続〈前回 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで〉 ） ※いずれかを選択してください。							
病名								
既往症及び現症								
<b>肢体不自由の状況及び所見</b>	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○で囲んでください。							
	1. 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚							
	2. 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・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. Brunnstrom ステージ（中枢性運動障害の時） _____							
	5. 排尿・排便機能障害：なし・あり							
	6. 先天奇形 _____：なし・脳・脊髄・四肢・その他							
	○歩行能力の程度（歩行距離） _____							
	○起立位 _____							
	○座位 正位、横すわり、あぐら、脚なげ出し							
○下肢長 右= _____ cm 左= _____ cm								
参 考 図 示								
								
×変形    ■切離断    ▨感覚障害    ▨運動障害								
※ 関係のない部分は記入しないでください								

自立支援医療(更生医療)	医療の具体的方針		
	手術(手術名)		)
	その他(内容・治療用装具)		)
	治療期間		概算額 ※治療期間中の総額を記入
	年 月 日 ~	手術	円
	年 月 日	投薬注射	円
	( 入院 月 日 ~ 月 日 ) ( 手術 月 日 ) ( 通院 月 日 ~ 月 日 )	処置	円
		検査	円
		基本診療	円
		入院	円
通院		円	
装具		円	
	その他	円	
	計	円	

医療所見(本医療の効果・必要性) **※必ず記入してください(具体的に)。**

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

障害者総合支援法第59条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい(連名可)。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定		
	否の理由	
平成 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		印