

記載に当たっての留意事項

医療機関へのお願い
身体障害者手帳取得前、および自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず、検査・治療（手術）を開始する前に、自立支援医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。なお、自立支援医療費の支給の範囲は、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。

自立支援医療(更生医療)意見書(肢体不自由)

氏名	T・S・H 年 月 日生		判定区分	新規・期間延長	
住所					
障害名			手帳等級	種 級	
発症年月日 及び 治療経過	<p>次の事項の記載が必要です。</p> <p>1 発病時期 症状 受診、検査日 X-P等検査の種類 検査結果(部位、内容)</p> <p>2 術後、転院してリハビリのみの申請や同一医療機関の延長の場合等は、 術名・術施行日、リハビリの内容等、引き続きリハビリが必要な理由。</p>				
現症 (症状、 検査結果等)	<p>手術内容がわかる術式や術名が記載されているか。 ・整形の場合「置換術」のみでなく左右や 関節の部位(膝、股)も必要。</p>				
医療の具体的 方針			治療効果見込	(術後の等級: 級)	
医療費概算 <small>注: 1か月未満時はその期間分</small>	金額(当初の1か月)	備考	期間		
初診・再診料	円		手術予定日: 年 月 日		
手術料	円		貯血予定日:		
投薬料	円		入通院予定期間		
注射料	円		(入院・通院) 該当するものをで囲む (入院・通院の場合は、両方をで囲む)		
処置料	円		自 年 月 日		
検査料	円		至 年 月 日		
入院料	円				
その他	円				
合計	円		()か月		
食事療養費	円		1回の申請は、入院・通院(貯血含む)		
総合計	円		合わせて3か月以内です。		
その他					
上記のとおり診断する。 年 月 日			<p>記載日の記入。 指定医療機関・診療科・主たる 医師名を記載が必要です。 日付は手帳発行日以降。</p>		
<p>指定医療機関所在地 指定医療機関名 主として担当する医師名</p>					

長崎県