

自立支援医療(更生医療)意見書(心臓機能障害)

	S・H・R 年 月 日生	判定区分	新規・期間延長
住所			
障害名	判定に必要な事項 発症時期 症状等 ③受診、検査日 検査の種類 検査結果(狭窄部位、内容など) ペースメーカーなどの本体・電池交換などの場合は、病名と最初に植込み術を施行した日付を必ず明記。		
発病年月日 及 び 治 療 経 過	(具体的に記載して下さい。)		
現 症	手術内容がわかる術式や術名が記載されているか。 ・心臓の場合「開心術」のみでは不可! 術式や術名が記載してあること。予防は不可。○ 術施行 予定は 術実施したは×		
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 注: 1か月の料金分	金額 (当初の1か月)	備考	期間
初診・再診			
手術料			手術予定日: 年 月 日
投薬料			入院予定期間
注射料			自 年 月 日
処置料			至 年 月 日
検査料			か月
入院料			通院予定期間
その他の料金			通院は心移植後の抗免疫療法のみ
合計			か月
食事療養費			
総合計			
その他			
上記のとおり診断する。 年 月			
指定医療機関・診療科・主たる医師名が必要です。 押印は不要です。			
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			

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・訓練等)を開始する前に、自立支援医療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、心臓機能障害等の緊急例以外については自立支援医療の適用が適当と判定が出た後の医療が対象となります。また、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。心臓機能障害については手術及びこれに伴う医療に限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。

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・訓練等）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、心臓機能障害等の緊急例以外については自立支援医療の適用が適当と判定が出た後の医療が対象となります。また、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。心臓機能障害については手術及びこれに伴う医療に限られ、いわゆる内科的治療のみのものは除かれます。

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障害)

	S・H・R 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
発病年月日 及 び 治 療 経 過	判定に必要な事項 発症時期 症状等 ③受診、検査日 検査の種類		
現 症	(具体的に記載して下さい。) <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; background-color: #e0f2f1;"> 入院が含まれる場合、入院理由を明記。HIVに関する治療の場合、入院費が更生医療の対象。治療開始予定は治療を開始したは×。 </div>		
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	金額 (当初の1か月) 注: 1か月未満時はその期間分	備考	期間
初診・再診料			手術予定日: 年 月 日
手術料			入院予定期間 自 年 月 日 至 年 月 日 か月
投薬料			通院予定期間 自 年 月 日 至 年 月 日 か月
注射料			
処置料			
検査料			
入院料			
その他の 合計			
食事療養費			
総合計			
その他			
上記のとおり診断する。 年 月 <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; background-color: #e0f2f1;"> 指定医療機関・診療科・主たる医師名が必要です。 押印は不要です。 </div> 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			

長崎県