

自立支援医療（更生医療）意見書

(肢体不自由用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		住所			
原傷病名						
現病歴						
現症						
臨床所見	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・痙直性・強剛性・不随意運動性・失調性・しんせん・その他 3、起因部位：脳性・脊髄性・末梢神経症・筋肉性・骨関節性 4、形態異常：なし・あり() (上記該当するものを○で囲むこと) 日常生活動作の障害程度 歩行能力 起立 座位					
計測		右	左		右	左
	上肢長	cm	cm	下肢長	cm	cm
	上腕周径	cm	cm	大腿周径	cm	cm
	前腕周径	cm	cm	下腿周径	cm	cm
	握力	kg	kg			
その他(参考となる合併症状等)						
肢体不自由を起こした年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 障害が永続すると判定された年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (推定・確認)						
医療の具体的方針						
医療の期間	入院	日間	令和	年	月	日
	通院	日間	令和	年	月	日
回復の見込み					術前	級
					術後	級相当
医療費概算額	円		医療開始の予定年月日	令和	年	月 日
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称(電話番号) 更生医療担当医師名						