

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	c m	c m	下 肢 長	c m	c m
	上 腕 周 径	c m	c m	大 腿 周 径	c m	c m
	前 腕 周 径	c m	c m	下 腿 周 径	c m	c m
	握 力	k g	k g			
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 障害が永続すると判定された年月日				年 月 日 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						