

		1 新規 2 変更 3 再認定	
ふりがな 本人氏名		生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
障 害	原病名：		
	機能障害名：		
障 害 の 発 生 と 経 過	(1)上記の機能障害を起こした年月日		年 月 日
	(2)障害が永続すると判定された日		年 月 日 推定・確認
	(3)現在までの治療経過		
手術年月日 年 月 日			
医療の具体的方針			
治療効果見込み			
		術前の等級	種類 級
身体の状況及び所見			
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○で囲む） 1．感覚障害（図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍痺・異常感覚 2．運動障害（図示）：なし・弛緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他			
<p>＜参 考 図 示＞</p> <div><div><div>右 左</div><div>左 右</div><div>正面 背面</div></div><div><div>右 左</div></div></div> <div><div>変形 × 切離断</div><div>感覚障害</div><div>運動障害</div></div> <p>(注) 関係ない部分は記入不要</p>			
		<div><div>右 左</div><div>関節</div><div>屈 曲</div><div>伸 展</div><div>外 転</div><div>内 転</div><div>握力 kg</div></div>	

別紙様式 2 号-1 (2)

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（一般用）

氏 名		男・女	年 齢	歳	
手術名					
手術料	内 容	第 1 月	第 2 月	第 3 月	合 計
	輸血・麻酔				
	薬剤・材料等				
投 薬	院外処方 有・無				
	薬品名 (錠、 錠等)				
注 射	注射名 (
	等)				
処 置	術後処理等 (処置時の薬剤等を含む)				
検 査	X-P				
	血液検査等				
	基本料				
	入院料				
	その他 ()				
計					円

診療見込期間	入 院	自 月 日	入院外	自 月 日
		至 月 日		至 月 日

上記のとおり診断しました。

年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地

名称

指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名 印

自立支援医療（更生医療）を適当と認定します。

年 月 日

身体障害者更生相談所 医師 印