


別紙様式 2 号-6 (1)

自立支援医療（更生医療）要否意見書（そしゃく機能障害用）

		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				男 女
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 術後の等級		種類 種類		級 級
身体の状況及び所見								
咀嚼，嚥下，発音障害及びその他の機能障害（形態異常）の所見								
過去及び今回の手術部位								
<div></div>								

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（そしゃく機能障害用）

氏 名		男・女	年 齢	歳				
手術名								
手術料	内 容	第 1 月	第 2 月	第 3 月	第 4 月	第 5 月	第 6 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