

* 肢体不自由用 様式2：転院先の医療機関用（手術を施行した医療機関から引き継ぐ場合）

自立支援医療 更生医療 意見書（肢体不自由）					
氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所					
手術を施行した医療機関での更生医療	ア. 指定医療機関名： イ. 原因傷病名： ウ. 手術名： 手術日：R 年 月 日 エ. 術後経過（症状等）： オ. 手術を施行した医療機関の退院（予定）日： 令和 年 月 日 カ. 手術を施行した医療機関での医療の開始日： 令和 年 月 日 キ. 手術を施行した医療機関での更生医療の期間： 入院（ ）・通院（ ） ク. 手術を施行した指定医療機関との連携： 有・無				
医療の具体的方針	* 通院でのリハビリテーションの場合： 回数 回/週				
治療効果見込	術前の等級	級	具体的な効果の見込み		
	術後の等級	級			
指定医療機関の名称	指定医療機関名 ● 院外処方 の 予定 無・有 有の場合 指定薬局名 時期				
医療の期間	入院	か月間	日間	通院	か月間・日間
医療の開始日	令和 年 月 日				
医療費積算額	円				
上記のとおり診断します。	指定医療機関名				
令和 年 月 日	担当する医療の種類				
	主たる担当医師名 （指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名）				
	主治医名				

医療費概算内訳書

受診者氏名 _____ 概算総額 _____ 円

月概算額 入院 _____ 円、通院 _____ 円

月		第1月	第2月	第3月	合計点数	合計金額
内容		(点)	(点)	(点)	(点)	(円)
初診および再診料						
投 薬	内服()					
	頓服()					
	外用()					
注 射 料	皮下()					
	筋肉()					
	静脈内()					
	その他()					
処 置 料	処 置 名	輸血				
		ギプス				
		麻酔				
検 査 料	検 査 名	X線				
手 術 料	手 術 名					
そ の 他	整形外科的					
	機能訓練					
入院料						
合計点数						
入院実日数						
通院実日数						
備 考						

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指定医療機関名 _____

*この用紙は更生医療を受けようとする指定医療機関で記入してください。