

自立支援医療（更生医療）意見書（肢体不自由・その他）

北海道立心身障害者総合相談所

区分	新規・内容変更・期間延長		
氏名			市町村名
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	(歳) 男・女
障害名			障害等級
原傷病名			級
障害現症及び治療経過	数値等を用い具体的に記入すること。		
既手術年月日	昭和・平成	年 月 日	(手術名)
	昭和・平成	年 月 日	(手術名)
医療の具体的方針	区分	1. 手術 2. 処置、検査等 3. リハビリ 4. 訪問看護 5. 治療材料	手術名称及び治療内容 治療材料は裏面に詳細を記入すること。
		対象部位	右・左・両
	訪問看護ステーション名		(訪問看護のみ記入)
治療開始予定日及び期間	入院	平成	年 月 日開始予定・ カ月間
	通院	平成	年 月 日開始予定・ カ月間 (月 回)
	訪問看護	平成	年 月 日開始予定・ カ月間 (月 回)
回復見込み・程度	現在の自覚・他覚症状の改善状況を記入すること。		
医療費概算額	合計	手術	万円
		処置、検査、注射、投薬	万円
		リハビリ	万円
		訪問看護	万円
		入院	万円
		その他（治療材料費等）	万円
上記の治療を要する。			
		記載年月日	平成 年 月 日
		指定医療機関名	
		指定医師名	印

裏面へ

治療材料記入欄

治療材料名		1. 股装具 2. 膝装具 3. 短下肢装具 4. 肩装具 5. 肘装具 6. 手背屈装具 7. その他 ()	
型 式		1. 両支柱 2. 硬性支柱付き 3. 硬性支柱なし 4. その他 ()	
具	採型採寸区分	障害の状態等により、採寸によりがたい場合に限り採型とすること。 1. 採型 () 2. 採寸 ()	
	継 手	部位	複数ある場合は、複数選択すること。 1. 股 2. 膝 3. 足 4. 肩 5. 肘 6. 手 7. 腰 8. その他 ()
		種類	2種類の継手を使用する場合は、2種類選択すること。可撓式にはプラスチック継手、鋼線支柱等が含まれる。固定継手は一本棒状の金属支柱の固定継手である。 1. 遊動(含む可撓式) 2. 固定
	な	上下肢装具支持部	部位 1. 大腿 2. 下腿 3. 足部 4. 上腕 5. 前腕 6. 手部背側(パッド) 7. 手掌(パッド) 8. 仙腸 9. その他 ()
種類		1. 半月 2. カフバンド 3. 大腿コルセット 4. 下腿コルセット 5. 熱硬化性樹脂モールド(座骨支持あり) 6. 熱硬化性樹脂モールド(座骨支持なし) 7. 熱可塑性樹脂モールド(PTB支持等あり) 8. 熱可塑性樹脂モールド(PTB支持等なし) 9. 皮革(大) 10. 皮革(小) 11. 上腕コルセット 12. 前腕コルセット 13. その他 ()	
作 処	体幹装具支持部	部位 骨盤は、側彎矯正用装具のみに用いられる。 1. 頸椎 2. 胸椎 3. 腰椎 4. 仙腸 5. 骨盤	
	種類	1. 熱可塑性樹脂モールド(支柱付き) 2. 熱可塑性樹脂モールド(支柱なし) 3. 熱可塑性樹脂モールド(ペルビックガード) 4. 皮革 5. その他 ()	
方	その他	1. ダイヤルロック 2. ファンロック 3. 高さ調整 4. ターンバックル 5. 側彎矯正装具付付属品 6. その他 ()	
<p>【留意事項】</p> <p>1. 選択肢がある場合は、該当する項目に○印(複数も可)をつけ、()内には具体的内容を記入すること。 2. 陰性モデルにより作成した陽性モデルを使用して製作する場合に限り採型とすること。 3. 治療材料費については、見積書を添付すること。</p>			