

自立支援医療(更生医療)要否判定意見書

裏面に「記入上の注意事項」あり

※ 手術を伴う場合は、必ず手術日より前に申請してください。(手術後の申請はできません)

名古屋市身体障害者更生相談所用

1 住 所
ふりがな
氏 名
年 月 日生

2 診 断(②原因となった疾病名③発病年月日について、具体的に記入できない場合は、不詳又は不明などご記入ください。)

① 障害名 _____

② 原因となった疾病名 _____

③ 発病年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 参考となる経過・現症 _____

⑤ 医療の具体的方針 _____

⑥ 治療による回復見込み (具体的に) _____

3 手術日および手術名(診療報酬点数表に基づく術名をご記入ください。)

年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日

4 更生医療開始の期日

I. 新規申請(開始予定日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

II. 継続申請(開始日) _____

5 今後の更生医療見込期間

① 入院見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 通院見込期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

6 医療費概算(診療報酬点数表に基づいた費用をご記入ください。)

区 分	費 用	区 分	費 用
投 薬	円	検 査	円
注 射	円	入 院 料	円
手 術	円	通 院 料	円
治 療 材 料	円	そ の 他	円
処 置	円		
リハビリテーション料	円	合 計(総医療費)	円

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指定医療機関名 _____
(電話番号) _____

主として担当する医師名 _____
担当医師名 _____

(注) 1 心臓機能障害の場合は、胸部正面エックス線写真(フィルム又はCD-Rも可)・心電図(12誘導)が別途必要となります。
2 肢体不自由で手術を行う場合は、術部位エックス線写真(フィルム又はCD-Rも可)が別途必要となります。

記入上の注意事項

この書類の記入にあたって、次の点にご留意ください。

1. この書類の内容を審査し、更生医療の適否を判定します。できる限り詳細にご記入ください。
2. 「2 診断 ① 障害名・② 原因となった疾病名・③ 発病年月日」
 - ・「② 原因となった疾病名」「③ 発病年月日」が具体的に記入ができない場合は、不詳又は不明 などご記入ください。
 - ・腎移植術及び移植後の免疫抑制療法の場合・・・「① 障害名」は、慢性腎不全とご記入ください。
 - ・「② 原因となった疾病名」は、慢性腎不全となった原因とされる疾病名をご記入ください。
3. 「2 診断 ④ 参考となる経過・現症」・・・以下の場合は、必ずご記入ください。
 - ・腎移植術及び移植後の免疫抑制療法の場合・・・生体腎移植・献腎移植の別及び生体腎移植の場合は本人とドナーとの関係。
 - ・ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による免疫機能障害の場合・・・CD4陽性Tリンパ球数及びHIV-RNA量の数値。
4. 「2 診断 ⑤ 医療の具体的方針」・・・医療内容及び軽減される障害の程度を具体的に
ご記入ください。
 - ・HIVによる免疫機能障害の場合・・・抗HIV療法等の開始日及び薬物療法で使用する内服薬の名称とその投与量。
 - ・腎移植及び腎移植後の免疫抑制療法の場合・・・腎移植後の免疫抑制療法が必要な旨をご記入ください。
5. 「2 診断 ⑥ 治療による回復見込み」・・・治療効果及び回復見込みを具体的に
ご記入ください。
 - ・肢体不自由の場合・・・手術後のリハビリ治療など。
 - ・歯科の矯正治療の場合・・・特に治療が継続して行われている場合は、今後の治療内容及びそれによる症状の具体的な改善見込みなど。
6. 「3 手術日および手術名」・・・診療報酬点数表に基づいた正式な術名をご記入ください。
7. 「4 更生医療開始の期日」・・・更生医療開始日より前に申請することを原則としております。
また、申請後、開始予定日が変更になった場合は、関係の社会福祉事務所(申請区の福祉課
障害福祉係または支所区民福祉課福祉係)へご連絡ください。
8. 「6 医療費概算」・・・DPC請求対象の方であっても、区分ごとの費用概算をご記入ください。
「3 手術日および手術名」の手術名に応じた診療報酬点数表に基づく医療費をご記入ください。
9. 主として担当する医師の氏名は、医療機関指定申請書に記載された医師名をご記入ください。
主として担当する医師と担当医師が異なる場合は、それぞれご記入ください。