|  |
| --- |
| 一般 |

様式例　自２－１

　**自立支援医療要否意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　 | 大生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 診察日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 病歴及び現症 |  |
| 医療の具体的方針 |  |
| 医療施行概要 | 金　　額（円） | 内　　　　　　　　　　　　訳（概略） |
| 手術 |  |  |
| 投薬・注射 |  |  |
| 処置 |  |  |
| 基本及び特掲診療（外来） |  |  |
| 基本及び特掲診療（入院） |  | ①入院(予定)年月日　令和　　　年　　　月　　　日②手術(予定)年月日　令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他 |  |  |
| 合計金額 | 円 | ①区分　入院　外来　訪問看護等②申請期間　令和　　年　　月　　日から　　　　　　日・　　　か月） |
| 備考 |  |  |

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

**障害者総合支援法第５４条の２項に規定する**

**指定自立支援医療機関の所在地及び名称**

**自立支援医療を主として担当する医師の氏名** ㊞

注１　医療の具体的方針欄は､手術(療法)の目的(軽減･除去する障害)と具体的内容を記載してください。

２　医療施行概要欄は､治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。

　　　なお､既に入院している場合は､意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。

３　手術の場合は､手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また､自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

　なお、対象期間は外来を含め3か月以内で記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター

|  |
| --- |
| 一般 |

様式例　自２－１

心臓機能障害の注意点

　**自立支援医療要否意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　 | 大生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 診察日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 病歴及び現症 | どのような経過で今回の手術に至ったかがわかるよう、具体的に記載してください。具体的な手術部位も記載してください。 |
| 医療の具体的方針 | ペースメーカー移植術を実施する、など具体的に記載してください。 |
| 医療施行概要 | 金　　額（円） | 内　　　　　　　　　　　　訳（概略） |
| 手術 | 術式のほかに診療報酬コード（手術はKから始まる）を記載してください。 |  |
| 投薬・注射 |  |  |
| 処置 |  |  |
| 基本及び特掲診療（外来） |  |  |
| 基本及び特掲診療（入院） |  | ①入院(予定)年月日　令和　　　年　　　月　　　日②手術(予定)年月日　令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他 |  |  |
| 合計金額 | 円 | ①区分　入院　外来　訪問看護等②申請期間　令和　　年　　月　　日から　　　　　　日・　　　か月） |
| 備考 |  |  |

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

**障害者総合支援法第５４条の２項に規定する**

**指定自立支援医療機関の所在地及び名称**

**自立支援医療を主として担当する医師の氏名** ㊞

注１　医療の具体的方針欄は､手術(療法)の目的(軽減･除去する障害)と具体的内容を記載してください。

２　医療施行概要欄は､治療見込み期間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。

　　　なお､既に入院している場合は､意見書回答日以降の治療見込み期間及び金額を記載してください。

３　手術の場合は､手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。また､自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

なお、対象期間は外来を含め3か月以内で記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター