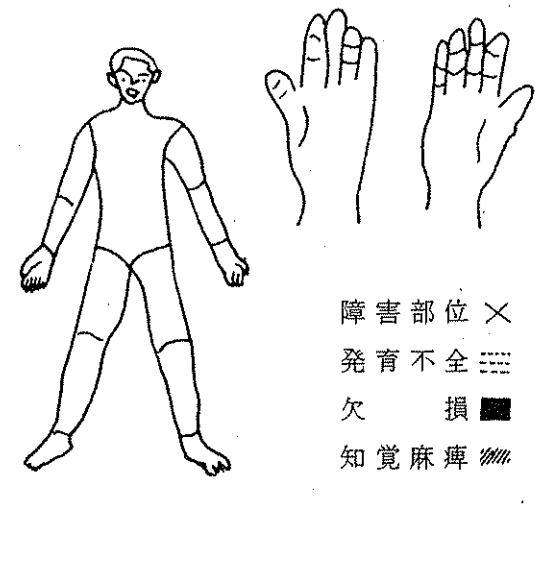


関節の運動範囲

部 位	運 動 の 種 類	関 節 運 動 範 囲		 <p>障害部位 × 発育不全 - - - - 欠 損 ■ 知覚麻痺 //</p>					
		右	左						
肩 関 節	前 拳						更生	要	機能訓練、職業訓練 生活指導
	外 拳							医療	
	後 拳						補装具	要	
肘 関 節	屈 曲		否						
前 腕	伸 展						訓練	要	
	回 内							指導	
手 関 節	回 外						一般	要	
	背 屈							医療	
股 関 節	掌 屈			就職	可				
	屈 曲				否				
	伸 展			その他					
	内 転								
膝 関 節	外 転								
	屈 曲								
足 関 節	伸 展								
	背 屈								
	底 屈								

④

第 号様式(2)

更生医療意見書

氏名		男 女	生年 月日	M T S	年 月 日	職業	
住所							
原傷 病名							
現症							
更生医療 要 否	入院		日		通院		日
診療の具体的方針	手術	(円)	(備考)				
	投 薬 注 射						
	処 置						
	検 査						
	基本診療						
	入 院						
	そ の 他						
	計						
治 療 効 果 見 込							
補 装 具 の 要 、 否	眼 鏡	コンタクトレンズ		弱 視 眼 鏡		義 眼	
	右 D 左 D			掛 め が ね 式 焦 点 調 節 式		普 通 義 眼 特 殊 義 眼 コ ン タ ク ト 義 眼	
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。							
平成 年 月 日							
指定医療機関名							
指 定 医							
④							

意見書 (聴覚・音声・言語)

平成 年 月 日

聴

第 号様式(1)

医療機関名

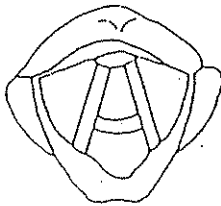
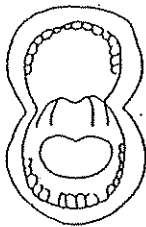
医師名

印

ふりがな.		男	生年		職業	
氏名		女	月日			
住所						
原傷病名						
傷害名						

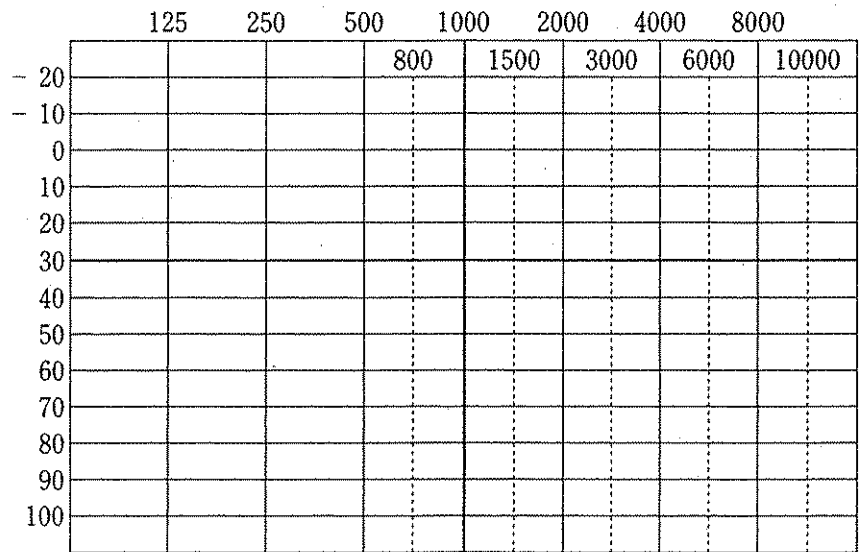
(現症)

(病歴)



		気導	マスク音	骨導	マスク音	オーディオメーター
右耳	赤	○	db	□	db	検者
左耳	青	×	db	□	db	

Audiogram



会話音域平均聴力損失値 右 db 左 db
 最良語音明瞭度 右 % 左 %

イ. 第 級 号に該当 ロ. 非該当

審査の結果 更生医療の給付 は 適当 と認める。
 不適当

平成 年 月 日
 判定医 印



第 号様式(2)

更生医療意見書 (聴 覚)

ふりがな		男 女	生年 月日	M T S	年 月 日	職業	
氏 名							
住 所							
原 傷 病 名							
現 症							
更生医療 要 否	入院 日、 通院 日						
診療の具体的方針	手 術	(円)	(備考)				
	投 薬 注 射						
	処 置						
	検 査						
	基本診療						
	入 院						
	そ の 他						
	計						
治療効果見込							
補 装 具 の 要 否							
訓練の要・否 具 体 的 に							
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。							
平成 年 月 日							
指定医療機関名							
指 定 医							



①

更生医療（視 覚）意見書

ふりがな		男・女	生年 月日	M T S 年 月 日	職業	
氏 名						
住 所						
原 傷 病 名						
現 症						
更生医療 要 否	入院 日、通院 日					
診療の具体的方針	手 術	(円)	(備考)			
	投 薬 注 射					
	処 置					
	検 査					
	基 本 診 療					
	入 院					
	計					
	食 事 療 養 費					
	そ の 他					
	計					
治 療 効 果 見 込						
補 装 具 の 要 ・ 否	眼 鏡	コンタクトレンズ	弱 視 眼 鏡	義 眼		
	右 D		掛 め が ね 式	普 通 義 眼 特 殊 義 眼		
	左 D		焦 点 調 節 式	コ ン タ ク ト 義 眼		
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。						
平成 年 月 日 指定医療機関名 指 定 医						
㊞						

<参考>

「別紙6」

更生医療（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害）意見書

（免疫機能障害用）（新規・変更）

氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
現住所							
障害名	免疫機能障害		身体障害者の手帳等級			健康保険の種類	
現傷病名			年 月 日交付			記号	
初診年月日	年 月 日		申請中			番号	
現症	不定発熱（38℃以上）の有無						
	日和見感染症の状態						
	下痢症状の有無及び程度						
	吐き気の有無及び程度						
	カルノフスキースコア						
検査	CD4陽性Tリンパ球数（ ）/μ		白血球（ ）/μ				
	Hb量（ ）g/d		赤血球（ ）/μ				
	HIV-RNA量（ ）copy/m		検査年月日		年 月 日		
医療の 具体的 方針	①抗HIV療法 逆転写酵素阻剤		医療概算額 算定表	金額 (1ヵ月当たり)円	備考		
	たんぱく質分解酵素（プロテアーゼ）阻剤		診察・検査				
			投薬・注射				
			処置				
	②免疫調節療法		入院				
	③HIV感染症による合併症の予防及び治療		その他				
	治療（開始・予定）平成 年 月 日		合計				
平成 年 月 日		指定医療機関所在地 名称 主として担当する医師名			印		
更正医療の給付は { 適当 / 不適当 } と認める							
				平成 年 月 日	判定医 印		

※カルノフスキースコアの詳細については裏面を参照して下さい。

Karnofsky performance status

%	症 状	介 助 の 要 、 不 要
100 90 80	正常、臨床症状なし 軽い臨床症状あるが正常の活動可能 かなり臨床症状あるが努力して正常の活動可能	正常な活動可能、特に看護する必要なし
70 60 50	自分自身の世話はできるが正常の活動・労働することは不可能 自分に必要なことはできるが時々介助が必要 病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要	労働不可能、家庭での療養可能、日常の行動の大部分に病状に応じて介助必要
40 30 20 10	動けず適切な医療および看護が必要 まったく動けず入院が必要だが死はさし迫っていない 非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要 死期が切迫している	自分自身のことをすることが不可能、入院治療が必要 疾患が速やかに進行していく時期
0	死	