

<記入例>

「別紙3」

更生医療(心臓機能障害)意見書

住所、氏名、生年月日は住民票等により正確に記載されているか確認!

| | | | | | | |
|----|----------------------------|------|--------|------|-------------|-----------|
| 住所 | 〇〇市〇〇〇1丁目1番地 〇〇アパート〇〇号室 | ふりがな | 〇〇 たろう | 生年月日 | M T S | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | | 氏名 | 〇〇 太郎 | | | |

原傷病名

◇ 障害の原因となった疾病名(狭心症、心筋梗塞etc.)を記載。
◇ 「心臓機能障害」と記載。
※原傷病名と障害名が逆に記載されていないか確認!

障害名

〇〇機能障害

手術を行う指定医療機関において、治療が見込まれる期間を記入(最大90日以内)

| | | | | | | |
|------|---|----|------|---|------|---------|
| 更生医療 | 要 | 入院 | 〇〇 日 | 計 | 〇〇 日 | 治療効果見込み |
| | 否 | 通院 | 〇〇 日 | | | |

治療効果見込みの有無を記載!

経過

更生医療の要否についても漏れなく記載する!

現症

◇ 疾病の発症から医療機関での治療及び手術に至った経過を記載。
◇ 疾病に関する臨床所見、データ(検査の種類、病変部位や程度etc.)の記載。
※期間延長・内容変更については給付中の更生医療に関する手術年月日及び期間延長・内容変更が必要となる理由等を記載する!

診療の具体的方針

手術の内容について記載!

- ・入院年月日
- ・手術予定年月日
- ・術名
- ・手術の対象となる病変部位etc.
- ・その他特記事項(術後の治療及びリハビリの予定etc.)があれば記載する。

※原則として事前申請なので、必ず「~術施行予定」と記載されていることを確認!

| 医療費概算 | | |
|--------------|--------|-----------|
| | 摘 要 | 点 数 |
| 手術 | 〇〇〇〇〇術 | |
| 投薬・注射 | | |
| 処置 | | |
| 検査 | | |
| 基本診療 | | |
| 入院 | | |
| 人工じん臓による血液透析 | | |
| 輸血 | | |
| その他 | | |
| 計 | | 〇〇〇,〇〇〇 点 |
| 食事療養費 | | 〇〇,〇〇〇 円 |
| 治療前の等級 | 級 | 治療後の等級 級 |

具体的方針欄に記載されている術名と同じか確認!

意見書を記載した日付が判定依頼日及び手術日と前後していないこと!
19条の指定医療機関及び主として担当する医師名の確認!
※県外の医療機関の場合、各都道府県・市の更生相談所に確認する。

医療費概算額の確認!
・概算額の合計点数
・食事療養費(780円×入院日数)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

指定医療機関名 〇〇〇病院
所在地 〇〇市〇〇丁目〇〇番〇〇号
連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

主として担当する医師(59条届出医師)
〇〇〇 〇〇〇

更生医療の給付は { 適 当 } と認める。
{ 不 適 当 }

指定医師名の署名押印であること!
※記載内容に不備がある場合は、必ず指定医の訂正印で修正・加筆されているか確認!

更生医療の給付(適・不適)については更生相談所の判定医が判断しますので、記載しないこと!

平成 判定医 年 月 日 印