様式　10（Ｒ３．３改訂）

自立支援医療（更生医療）意見書

肢

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

指定(届出)医師名（自署）

診療担当医師（自署）

（自署でない場合は氏名の右に押印してください。）

氏名	T・S・H　　年　　月　　日生（　　歳）	住所
原傷病名		
現治症療及経び過		

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○でかこむこと。）

1．感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

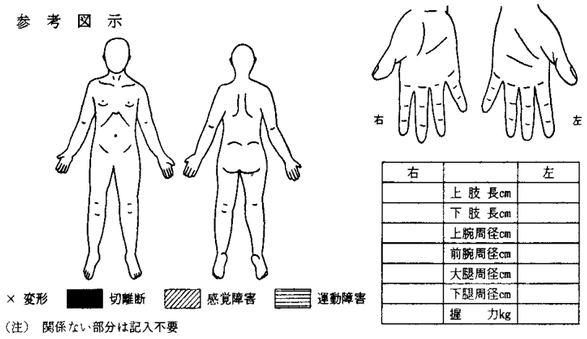
2．運動障害（下記図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他

3．起因部位　　：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他

4．排尿・排便機能障害　：なし・あり

5．形態異常　　：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示

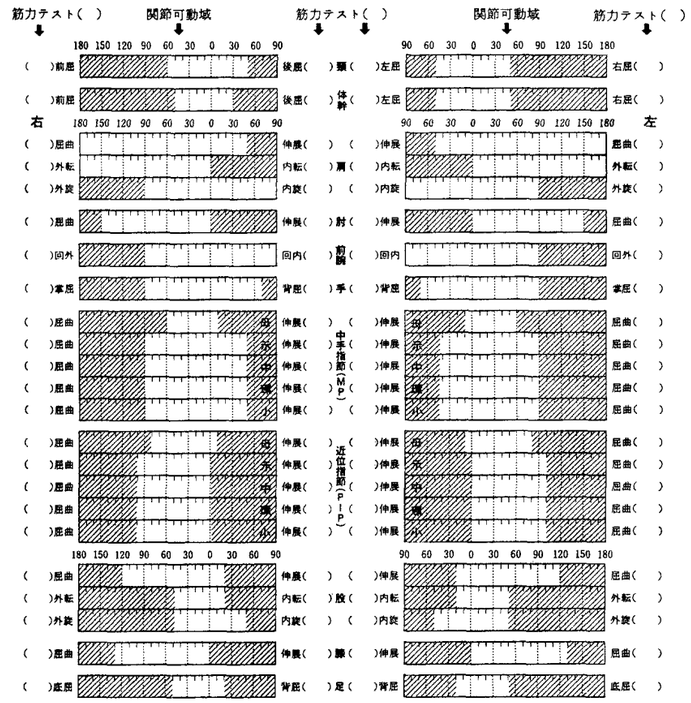


右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握　力kg	

動作・活動　　自立―○　半介助―△　全介助又は不能―×，（　　）の中のものを使う時はそれに○

寝がえりする		シャツを着て脱ぐ	
あしをなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラッシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり，壁，杖，松葉杖，義肢，装具）		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動（壁，杖，松葉杖，義肢，装具，車いす）		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄のあと始末をする		二階まで階段を上って下りる（手すり，杖，松葉杖）	
（箸で）食事をする（スプーン，自助具）		屋外を移動する（家の周辺程度）（杖，松葉杖，車椅子）	
コップで水を飲む		公共の乗物を利用する	

関節可動域（ROM）と筋力テスト（MMT）（この表は必要な部分を記入）



更生医療概要	
機能回復の見込み（障害の軽減・除去等）	
医療の具体的方針（術名）	入院予定日　令和　　年　　月　　日　　手術予定日　令和　　年　　月　　日

医療の概要

医療費概算内訳	治療期間	入院　　ヵ月	通院　　ヵ月	
	医療費概算額	健保点数　　点	金額　　円	
	①初・再診	点	⑤検　査	点
	②投薬注射	点	⑥入　院	点
	③処　置	点	⑦その他	点
	④手　術	点		

（　医療機関へのお願い　）

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・医療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。