

|            |       |
|------------|-------|
| (担当福祉事務所名) | 福祉事務所 |
| (担当市町村名)   |       |

療相(福)第 号  
平成 年 月 日

## 相談記録票及び医学的判定 (意見) 書

(視・聴・言・内部障害用)

|            |                                        |               |       |                       |    |     |
|------------|----------------------------------------|---------------|-------|-----------------------|----|-----|
| 市町村の担当者記入欄 | ふりがな                                   | 生年月日          |       | 男・女                   | 職業 |     |
|            | 氏名                                     | M T S H 年 月 日 |       | 才                     |    |     |
|            | 現住所                                    | 手帳            | 申請中・有 | 年 月 日交付               | 号  | 種 級 |
|            | 障害名                                    |               |       |                       |    |     |
| 医学的診断      | (現傷病名・発症・治療経過・既往症・現在の障害状況等) 病院 (入院・通院) |               |       |                       |    |     |
|            | 障害社会環境・家庭環境・生活状況等                      |               |       |                       |    |     |
|            | (担当者・職・氏名)                             |               |       |                       |    |     |
| 医師記入欄      | 聴覚障害用                                  |               |       | 視覚障害用                 |    |     |
|            | ホーナーの種類の種類 ( )<br>聴力 右 dB<br>左 dB      |               |       | 右 眼<br>左 眼            |    |     |
|            |                                        |               |       | 裸眼<br>矯正<br>矯正眼鏡<br>D |    |     |
|            | 聴力レベル                                  |               |       | 視野障害<br>有 ( )<br>無    |    |     |

|                       |                       |             |        |
|-----------------------|-----------------------|-------------|--------|
| 医<br>師<br>記<br>入<br>欄 | 医<br>学<br>的<br>診<br>断 | 機 能 障 害 名   |        |
|                       |                       | 原 傷 病 名     |        |
|                       |                       | 障 害 原 因     |        |
|                       |                       | 現 病         |        |
|                       |                       | 意見          |        |
|                       |                       | 指定自立支援医療機関名 | 年 月 日  |
|                       |                       | 診療科名        | 担当医師 ㊟ |

|                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| セ<br>ン<br>タ<br>ー<br>記<br>入<br>欄 | ※医学的判定                                |
|                                 | 障害者自立支援法による更生医療・補装具の必要を（認めます ・ 認めません） |
|                                 | 年 月 日                                 |
|                                 | 神奈川県立総合療育相談センター判定医 ㊟                  |

判定結果は上記のとおりです。

神奈川県立総合療育相談センター所長

※印欄は記入しないで下さい。

# 更生医療意見書 (I)

|              |                                                                                 |    |     |    |       |                |   |   |   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|-------|----------------|---|---|---|
| フリガナ         |                                                                                 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳     | 大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| 氏 名          |                                                                                 |    |     |    |       |                |   |   |   |
| 住 所          |                                                                                 |    |     |    |       |                |   |   |   |
| 病 名          |                                                                                 |    |     |    | 発病年月日 | 昭和<br>平成       | 年 | 月 | 日 |
| 医療の<br>具体的方針 | 入院（開始予定日） 年 月 日 ～ 退院（予定）日 年 月 日<br>通院（開始予定日） 年 月 日 ・ 手術（予定）日 年 月 日<br>院外処方（有・無） |    |     |    |       |                |   |   |   |

| 医<br>療<br>費<br>概<br>算<br>額 | 内 訳         |       | 第 月 | 第 月 | 第 月 | 第 月 | 第 月 | 第 月 | 計 |
|----------------------------|-------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|                            |             |       | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |   |
|                            | 薬<br>治<br>料 | (薬品名) | 点   | 点   | 点   | 点   | 点   | 点   | 点 |
|                            | 注<br>射<br>料 | (品 名) |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | 処<br>置<br>料 | (処置名) |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | 手<br>術<br>料 | (手術名) |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | 検<br>査<br>料 | (検査名) |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | そ<br>の<br>他 |       |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | 入 院 料       |       |     |     |     |     |     |     |   |
|                            | 通 院 料       |       |     |     |     |     |     |     |   |
| 合 計 点 数                    |             |       |     |     |     |     |     |     |   |
| 金 額                        |             | 円     | 円   | 円   | 円   | 円   | 円   | 円   |   |

上記のとおり診断する。

年 月 日

指定自立支援医療機関

住 所

名 称

電話番号

更生医療を主として担当する医師

㊤

※内訳の欄は具体的に記入して下さい。