

自立支援医療（更生医療）要否判定意見書

ふりがな 氏名		性別	男 女	生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日
------------	--	----	--------	----------	----------------	---	---	---

1 診断

(1) 原因となった疾病名・外傷名

(2) 障害名（障害の種類）

2 医療の内容

医療の 具体的方針	<p style="text-align: center;">（入院の場合に記入）</p> <p>入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで</p> <p>手術日 平成 年 月 日</p>							
医療費 概算額	入院治療費				円	}	合計	円
	通院治療費等				円			
治療効果（除去軽減さ れる障害の程度）見込	（術前の等級 級 → 術後の等級 級）							

平成 年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師氏名

印