

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	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	(入院の場合に記入) 入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 手 術 日 年 月 日				
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)				

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