

自立支援医療 更生医療 意見書

氏名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
住所					
原因傷病名					
障害の種類 (該当するものに○)	視覚障害 聴覚平衡機能障害 音声・言語・そしゃく機能障害 肢体不自由 心臓機能障害 小腸機能障害 免疫機能障害 肝臓機能障害				
治療経過と症状					
医療の具体的方針 (手術を伴う場合は手術名と施行日も)	手術名 () 手術(予定)日 (H . .)				
治療効果見込	術前の等級	級	具体的な効果の見込み		
	術後の等級	級			
指定医療機関の名称 および転院等の予定	指定医療機関の名称 ア 転院の予定 無・有 イ 院外処方の予定 無・有 有の場合 指定医療機関・薬局の名称、時期				
医療の期間	入院 月 日間			通院 月 日間	
医療の開始日	平成 年 月 日			更生医療適用	新規 ・ 継続
医療費積算額	円				
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 指定医療機関名 担当する医療の種類 主たる担当医師名 印 (指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名) 主治医名 印					

医療費概算内訳書

受診者氏名 _____ 概算総額 _____ 円
月概算額 入院 _____ 円、通院 _____ 円

月 内容			第1月 (点)	第2月 (点)	第3月 (点)	合計点数 (点)	合計金額 (円)
初診および再診料							
投 薬	内服()						
	頓服()						
	外用()						
注 射 料	皮下()						
	筋肉()						
	静脈内()						
	その他()						
処 置 料	処 置 名	輸血 ギプス 麻酔					
検 査 料	検 査 名	X 線					
手 術 料	手 術 名						
そ の 他	整形外科的 機能訓練						
入院料							
合計点数							
入院実日数							
通院実日数							
備 考							

平成 年 月 日

指定医療機関名 _____

*この用紙は更生医療を受けようとする指定医療機関で記入してください。