

自立支援医療（更生医療） 要否判定意見書

ふりがな 氏 名		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 } 通院治療費等 円 } 合計 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