

自立支援医療（更生医療）要否意見書

| | | | | | |
|---------------|------------------------|--------|--------|--------|---|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 | 歳 |
| 住所 | | | | | |
| 職業 | | 保険 | 有・無 保険 | | |
| 原傷病名 | | | | | |
| 現症 | | | | | |
| 自立支援医療の方針 | 必 要 ・ 不 要 | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | |
| 医療開始予定 | 年 月 日 | 指定医療機関 | | | |
| 入院日数 | 日 | 通院日数 | 日（ 回） | | |
| 医療費概算額 算定表 | 手術 | 円 | 基本診療 | 円 | |
| | 投薬注射 | 円 | 入院 | 円 | |
| | 処置 | 円 | その他 | 円 | |
| | 検査 | 円 | 合計 | 円 | |
| 治療効果見込み | ※ ここへ効果見込みを具体的に記入願います。 | | | | |
| 術前の等級 | 術後の等級 | | | | |
| 級 | 級 | | | | |
| 意見書作成年月日 | | | 年 月 日 | | |
| 医療機関名 | | | | | |
| 医師氏名 | | | 印 | | |