

自立支援医療(更生医療)意見書

氏 名			生年月日	年 月 日 (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						