

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書

診療科目 _____

年 月 日

氏名(ふりがな)		住所	(〒 -)	
		性別	男・女	
生年月日 年 月 日生 (歳)		身体障害者手帳	都道府県 第 号	
発症年月日	年 月 日	障害程度 級		
障害の種類	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> その他内臓障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害			
傷病名				
現症歴 (経過)				
現症				
医療の 具体的方針				
更生医療の要否	要・否	一般医療の要否	要・否	
備考				

(裏面)

自立支援医療(更生医療)費概算額明細書

治療 予定 日数 及び 医療 費 概 算 額	診療日数及び	入院	日	円		
		通院	日	円		
		移送費	日	円		
	医療費総額	訪問看護	日	円	計	円
	期間	. . ~ . .				
	医療施行概要		金額		備考	
	手術	(手術名)	円		※ 院外(薬局)処方の場合は、下記の欄に必ず薬局名と薬剤師名を記入してください。 ※ 投薬等は更生医療に限定したものであること。	
	投薬	(薬品名)				
	注射	(薬品名)				
	処置	(処置名)				
	検査	(検査名)				
	診基本					
	入院					
	計					
担当 医師 及び 診療 機関 名	指定自立支援医療機関名及び電話番号					
	担当医師氏名	印				
担当 薬剤 師 名 及び 薬局 名	薬局名					
	担当薬剤師名	印				