

(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	(〒 ー)	
	性 別	男 ・ 女	
生年月日 年 月 日生(歳)	身体障害者手帳 第	都道府県 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"/> 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 正 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(更正医療)費概算額明細書

治療予定日数及び医療費概算額	診療日数及び医療費総額	入院 通院 移送費 訪問看護	日 日 日 日	円 円 円 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。 ※投薬等は更正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)				
	診療基本					
	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					
	担当医師名				印	

及び薬局名 担当薬剤師名	薬局名	
	担当薬剤師名	