

## 自立支援医療（更生医療）給付要否意見書

|                    |                         |     |     |                                       |       |             |
|--------------------|-------------------------|-----|-----|---------------------------------------|-------|-------------|
| 氏名                 |                         | 男・女 | 住所  |                                       | 明昭大平  | ・ ・ 生       |
| 障害名                |                         | 原疾患 |     | 身体障害者手帳の所持状況<br>有・無・申請中<br>等級（申請等級） 級 | 職業等   | X線写真<br>有・無 |
| 現病歴                |                         |     |     |                                       |       |             |
| 現 症                |                         |     |     |                                       |       |             |
| 医療に対する本人の希望等       |                         |     |     |                                       |       |             |
| 治療の具体的方針           | (医学的・職業的・日常活動等)         |     |     |                                       |       | 術前の等級       |
| 障害回復の見込み           |                         |     |     |                                       |       | 術後の等級       |
| 手術名                |                         |     |     |                                       |       | 級           |
| 医療費概算額及び内訳         | 手術料（人工透析料を含む）           | 円   | 入院  | 円                                     | 入院期間  |             |
|                    | 投薬注射                    | 円   | その他 | 円                                     | 日     |             |
|                    | 処置                      | 円   | 合計  | 円                                     | 通院期間  |             |
|                    | 検査                      | 円   |     |                                       | 日     |             |
| 基本診料               | 円                       |     |     |                                       |       |             |
| 更生医療開始の予定          | 更生医療開始予定年月日<br>年 月 日    |     | 備考  |                                       |       |             |
| 特に希望する事項又は治療終了後の方針 | 長期入院、数回の手術、特殊な器具・装具の必要等 |     |     |                                       |       |             |
| 指定医療機関名            |                         |     |     | 担当医師名                                 | 印     |             |
| 所在地                |                         |     |     | 記載年月日                                 | 年 月 日 |             |