

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 有・無・申請中 等級（申請等級） 級 | 職業等 | | X 線 写 真 | 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 | | 日 | |
| | 投薬注射 | 円 | そ の 他 | 円 | | | | |
| | 処 置 | 円 | 合 計 | | 通院期間 | | 日 | |
| | 検 査 | 円 | | | | | | |
| 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 | | | 備 考 | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 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 | | | | |