

(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 診 当 療 医 機 師 関 及 名 び	指定自立支援医療機 関名及び電話番号				
	担 当 医 師 氏 名	㊟			
担 及 当 じ 薬 薬 剤 局 師 名 名	薬 局 名				
	担 当 薬 剤 師 名				