

その他

自立支援医療(更生医療)意見書

フリガナ 氏 名		男 女	生年 月日	大 昭 平	年 月 日生 (歳)
住 所					
原傷病名					
現 症					
更生医療 要 否	入院 日、 通院 日				
診療の具体的方針	医療区分	概算金額(円)		備 考	
	手 術				
	投薬注射				
	処 置				
	基本診療				
	入 院				
	そ の 他				
	計				
入院(予定)年月日	年 月 日				
退院(予定)年月日	年 月 日				
治療効果見込み					
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。					
年 月 日					
指定医療機関					
指 定 医					
審査の結果、自立支援医療(更生医療)の給付は 適当 不適當 と認める。					
年 月 日					
判定医					