自立支援医療（更生医療）意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　氏　名 | |  | 男  女 | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 |
| 本　人　住　所 | |  | | | |
| 病　　　　　名 | |  | | | |
| 不　　自　　由  の　　状　　況 | |  | | | |
| 医  療 | 医療実施の  具体的内容 |  | | | |
| 医療  見込期間 | 入院期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  通院回数ならびに期間　　　　　　　　回　　　　日間　　　通算　　　日間  訪問看護予定回数ならびに期間　　　　回　　　　日間 | | | |
| 医療費  概算額 | 入院医療費　　　　　　　　　　　　　円  通院医療費　　　　　　　　　　　　　円　　　　計　　　　　　　　　　円  訪問看護等　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 医療開始  予定年月日 | 年　　　月　　　日 開始 ・ 　　　　　　年　　　月　　　日 終了 | | | |
| 医療後における  障害の回復状況  の見込 | |  | | 身体  障害  者手  帳 | 術前等級  　　　　　　　　級　　　　　項 |
| 術後等級  　　　　　　　　級　　　　　項 |

上記のとおり診断し、医療費を概算します。

　　　年　　　月　　　日

指定医療機関名

担当医師名