



更生医療意見書（視覚）

|                            |            |            |          |                    |       |    |  |
|----------------------------|------------|------------|----------|--------------------|-------|----|--|
| ふりがな<br>氏名                 |            | 男<br>女     | 生年<br>月日 | 明<br>大<br>昭<br>平   | 年 月 日 | 職業 |  |
| 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                   | 手術         | (円)        | (備考)     |                    |       |    |  |
|                            | 投 薬<br>注 射 |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 処 置        |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 検 査        |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 基本診療       |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 入 院        |            |          |                    |       |    |  |
|                            | そ の 他      |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 計          |            |          |                    |       |    |  |
|                            | 食事療養費      |            |          |                    |       |    |  |
| 治療効果<br>見 込                |            |            |          |                    |       |    |  |
| 補<br>装<br>具<br>の<br>要<br>否 | 眼 鏡        | コンタクトレンズ   | 弱視眼鏡     | 義 眼                |       |    |  |
|                            | 右 D        |            | 掛めがね式    | 普 通 義 眼<br>特 殊 義 眼 |       |    |  |
| 左 D                        |            | 焦点調整式      | コンタクト義眼  |                    |       |    |  |
| 上記のとおり診断し、その医療費を概算します。     |            |            |          |                    |       |    |  |
| 年 月 日                      |            |            |          |                    |       |    |  |
| 指定医療機関名                    |            |            |          |                    |       |    |  |
| 指 定 医                      |            |            |          |                    |       |    |  |