



更生医療（心臓機能障害）意見書

住所	ふりがな		生年 月日	明 大 昭 平	年 月 日
	氏名				
原傷病名					
障 害 名					
更生医療	要 否	入院 通院	日 計	日	治療効果見込み
経 過					
現 症					
診療の具体的方針			医療費概算		
				摘 要	点 数
			手 術		
			投薬・注射		
			処 置		
			検 査		
			基本診療		
			入 院		
			輸 血		
			手術予定年月日 年 月 日		そ の 他
年 月 日		計			
指定医療機関名 所在地 連絡先	印	食事療養費			
主として担当する医師（59条届出医師）	印	治療前の等級	級、	治療後の等級	級

更生医療の給付は { 適 当 / 不 適 当 } と認める。

年 月 日

判定医 印