

更生医療意見書（視覚）

年 月 日

医療機関名 印

指 定 医 印

ふりがな		男	生年	明大昭平	年 月 日	職業	
氏 名		女	月 日				
住 所							
原傷病名							
現 症							
原 因				場 所		年 月 日	
病 歴				現 症 1. 外眼 2. 中間透光体 3. 眼底			
家族歴							
	裸 眼	矯 正	矯正眼鏡				
右 眼							
左 眼							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 上</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 上</p> </div> </div>							
イ. 第 級 号に該当				ロ. 非該当			
審査の結果、更生医療の給付は { 適 当 / 不 適 当 } と認める。							
						年 月 日	
						判定医	印

更生医療意見書（視覚）

ふりがな		男 女	生年	明 大 昭 平	年 月 日	職業	
氏名			月 日				
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 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 見 込							
補 装 具 の 要 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 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						印	
指 定 医						印	