

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				印
指 定 医				印
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				印