自立支援医療（更生医療）要否判定意見書

ふりがな 氏　名		生年 月日	年　　月　　日

1　診断

（1） 原因となった疾病名・外傷名

（2） 障害名（障害の種類）

2　医療の内容

医療の 具体的方針	（入院の場合に記入） 入院期間　　年　　月　　日から 　　年　　月　　日まで 手 術 日　　年　　月　　日	
医療費 概算額	入院治療費　　円 通院治療費等　　円	合計　　円
治療効果（除去軽減される障害の程度）見込	（術前の等級　　級　→　術後の等級　　級）	

年　　月　　日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担 当 医 師 氏 名