

自立支援医療(更生医療)意見書

氏名		男・女	生年月日	年月日(歳)
住所				
職業		保険	有・無	保険
原傷病名				
現症				
自立支援医療の方針	必要・不要			
医療の具体的方針				
医療開始予定	年月日	指定医療機関		
入院日数	日	通院日数	日(回)	
医療費概算額 算定表	手術円	基本診療円		
	投薬注射円	入院円		
	処置円	その他円		
	検査円	合計円		
治療効果見込み	※ ここへ効果見込みを具体的に記入願います。			
術前の等級 級	術後の等級 級			
意見書作成年月日			年月日	
医療機関名				
医師氏名				印