

自立支援医療(更生医療)意見書

診療科目 _____

年 月 日

氏名(ふりがな)		住所	(〒 —)	
		性別	男 ・ 女	
生年月日 年 月 日生 (歳)		身体障害者手帳	都道府県 第 号	
発症年月日	年 月 日	障 害 程 度 級		
障害の種類	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> その他内臓障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害			
傷 病 名				
現 症 歴 (経 過)				
現 症				
医 療 の 具体的方針				
更生医療の要否	要 ・ 否	一般医療の要否	要 ・ 否	
備 考				

自立支援医療(更生医療)費概算額明細書

治療予定日数及び医療費概算額	診療日数	入院	日	円	計	円
	及び医療額	通院	日	円		
	費総額	移送費	日	円		
		訪問看護	日	円		
	期間	. . . ~ . . .				
	医療施行概要	金額		備考		
	手術	(手術名)	円		※ 院外(薬局)処方の場合は、下記の欄に必ず薬局名と薬剤師名を記入してください。 ※ 投薬等は更生医療に限定したものであること。	
	投薬	(薬品名)				
	注射	(薬品名)				
	処置	(処置名)				
検査	(検査名)					
診基本						
入院						
	計					
担当医療機関及び医師名	指定自立支援医療機関名及び電話番号					
	主たる医師氏名	(印)				

担当薬剤師名及び薬局名	薬局名	
	管理薬剤師名	