

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(肢体不自由用)				
ふりがな			生年月日	(歳)
氏名				
住所				
障害名	(種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医療の 具体的方針			
	医療による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日	(新規・医療内容変更・期間延長)	
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容			金 額	
手術名				
投薬注射名				
処置名				
検査名				
基本診療				
入院(通院)期間				
その他				
合 計				

氏名

更生医療 予定期間	入院	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	通院	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
手術予定日	年 月 日	
(臨床所見)		
(備考)		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>		

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。