

自立支援医療(更生医療)意見書

腎 (再認定・変更用)

氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日										
原傷病名				発症年月日	年	月	日										
治療経過																	
医療の具体的方針				効果見込み													
医療費概算内訳等	自立支援医療適用期間	入院	年	月	日	~	年	月	日	通院	年	月	日	~	年	月	日
	医療費概算額	健保点数	点		金額	円											
	初・再診	点	()		点												
	投薬・注射	点	入院		点												
	処置	点	小計		点												
	手術	点	×10		円												
	検査(レントゲンを含む)	点	その他()		円												
	()	点	合計(+)		円												
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の名称</p> <p>医師氏名(意見書作成医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p>																	

「医療の具体的方針」欄は、血液透析療法の場合は「週 回」等の治療内容を記載してください。