

自立支援医療(更生医療)意見書

視・聴・そしゃく・小腸

氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日										
経過等	治療経過																
	自立支援医療が必要となる障害の状況 1																
医療の具体的方針 2					効果見込み 3												
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		点									
	投薬・注射	点		入院		点		点									
	処置	点		小計		点		点									
	手術	点		×10		円		円									
	検査(レントゲンを含む)	点		その他()		円		円									
()	点		合計(+)		円		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>																	

- 1 「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、「別添診断書のとおり」と記載してください。
障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を具体的に記載願います。
- 2 「医療の具体的方針」欄は、必要な手術名、手術月日、術後の治療内容等を記載してください。
- 3 「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。