**自立支援医療（更生医療）要否判定意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 |

１　診断

1. 原因となった疾病名・外傷名
2. 障害名（障害の種類）

２　医療の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療の  具体的方針 | （入院の場合に記入）  入院期間　　　　　　　年　　　月　　　日から  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日まで  手術日　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 医療費  概算額 | 入院治療費　　　　　　　　　　円  通院治療費等　　　　　　　　　円　　合計　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 治療効果（除去軽減される障害の程度）見込 | | （術前の等級　　級　→　術後の等級　　級） |

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　指定自立支援医療機関名

　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　担当医師氏名