

自立支援医療（更生医療）意見書及び診断書（腎・肝を除く）

| | | | |
|-------------------------|-------|-------------|--------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住所 | | | |
| 障害名 | | | |
| 病名 | | | |
| 発病年月日 | 年 月 日 | | |
| (不自由の状況) | | | |
| (医療の具体的方針) | | | |
| (手術：令和 年 月 日) | | | |
| 治療見込み期間 | 入院 | ヶ月間 | 通院 ヶ月間 |
| (治療後における回復見込み) | | | |
| 医療費概算額 <u>(食事療養費除く)</u> | | | |
| 手術 | 円 | 検査 | 円 |
| 注射・投薬 | 円 | 基本診療 | 円 |
| 処置 | 円 | 入院 () | 円 |
| 医療費概算合計額 | | | 円 |
| 上記のとおり診断し、医療費を概算します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | 指定自立支援医療機関名 | |
| | | 主として担当する医師名 | |