

自立支援医療(更生医療)意見書

腎 (再認定・変更用)

氏 名		生年月日		年 月 日	
原 傷 病 名				発症年月日	平・令 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
	①初・再診		点	⑦() 点	
	②投薬・注射		点	⑧入院 点	
	③処置		点	⑨小 計 点	
	④手術		点	⑨×10 円	
	⑤検査(レントゲンを含む)		点	⑩その他() 円	
	⑥()		点	合 計 (⑨+⑩) 円	
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 医師氏名(意見書作成医師) 印 医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師) 印					

※「医療の具体的方針」欄は、血液透析療法の場合は「週〇回」等の治療内容を記載してください。