

自立支援医療(更生医療)意見書

視・聴・そしゃく・小腸

氏 名		生年月日		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	1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり ※裏面記載不要 2. 手帳申請時と比較して変化のある場合は、現在の状況を具体的に記載してください。						
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	
	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								

※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。