**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 |  | | | 男 | 女 | ㍽ ㍼ ㍻　 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）※１  （手術日　　　　年　　 月　　日） | | | | | | | | |
| 治療見込み期間 | | | 入院 | | | | 通院 | |
| （治療後における回復見込み）※２ | | | | | | | | |
| 医 療 概 算 額 | | | | | | | | |
| 区　　　　　分 | | 費　　　　　用 | | 区　　　　　分 | | | | 費　　　　　用 |
| 手　　　　　術 | | 円 | | 基　本　診　療 | | | | 円 |
| 注　射　投　薬 | | 円 | | 入院（　　　　） | | | | 円 |
| 処　　　　　置 | | 円 | |  | | | |  |
| 検　　　　　査 | | 円 | |  | | | |  |
|  | |  | | 医療費概算合計額 | | | | 円 |
| 上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  指定医療機関名  医　　師　　名 | | | | | | | | |
| ※１　医療の具体的方針の欄には、「治療の内容」「手術名」「手術日」を記入して下さい。  ※２　治療後における回復見込みの欄には、「障害の軽減状況」「身体機能の改善状況」などを記入して下さい。 | | | | | | | | |
| 〈富山県身体障害者更生相談所記入欄〉  更生医療の支給は　適当・不適当　と審査する。 | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  医　　師　　名 | | | | | | | | |