# 自立支援医療(更生医療)意見書 〔 新規・期間延長・医療内容変更 〕 〔該当に○をつける〕

(1)肢体不自由　(2)視覚障害　(3)聴覚・平衡機能障害　(4)音声・言語・そしゃく機能障害　(5)心臓機能障害

(6)腎臓機能障害　(7)小腸機能障害　(8)免疫機能障害　(9)肝臓機能障害　〔該当に○をつける〕

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 大正<br>昭和　年　月　日<br>平成 |
| 受診者住所 | 岐阜県　市・郡　町・村　番地 | | | | | | |
| 病名 | | | | | | 発症年月日 | 昭和<br>平成　年　月　日<br>令和 |
| 障害の現況 | | | | | | | |
| 医療 医療の具体的方針 | | | | | | | |
| 医療 治療見込期間 | 入院治療期間　〔　～　〕　日間<br>通院治療回数並びに期間　〔　～　〕　回　日間　通算　日間<br>訪問看護予定回数並びに期間〔　～　〕　回　日間　か月 | | | | | | |
| 医療 医療費概算額 | 入院治療費　円<br>通院治療費　円　計　円<br>訪問看護等　円 | | | | | | |
| 治療後における障害の回復の見込 | | | | | | 術前 | 級 |
| | | | | | | 術後 | 級 |
| その他 | 入院(予定)日　年　月　日　手術予定日　年　月　日 | | | | | | |

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

指定自立支援医療機関名

所在地

名称

電話番号

主として担当する医師の氏名

| | |
|---|---|
| 判定 | 自立支援医療(更生医療)給付の適否<br>適　・　否　岐阜県身体障害者更生相談所<br>令和　年　月　日　医師 |

(注)主として担当する医師の氏名は、指定時に「主として担当する医師」として承認された医師の氏名を記入して下さい。

# 医療費概算額算出明細書

| 氏名 | | 年齢　　歳 | 健保本人 ・ 健保家族 ・ 国保 ・ 後期高齢者医療 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 内　　訳 | | 当初の第1月 | 第2月 | 第3月 | 第4～6月 | 第7～9月 | 第10～12月 | 計 |
| 再診 | | 回　　点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | |
| 指導 | | | | | | | | |
| 投薬 | | | | | | | | |
| 注射 | | | | | | | | |
| 処置 | | | | | | | | |
| 検査 | | | | | | | | |
| 手術 | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |
| 入院 | | 日間 | | | | | | |
| 合 計 点 数 | | | | | | | | |
| 合 計 金 額 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

（注）当初の第1月は、意見書による医療開始日から月末まで、第2月以降は歴月で記入してください。