

(診 療 機 関 用)

自 立 支 援 医 療 (更 生 医 療) 意 見 書

診 療 科 目 _____

年 月 日

| | | | | |
|-------------------------|---|---------------|----------------------|--|
| 氏 名 (ふりがな) | | 住 所 | (〒 -) 栃木県那須郡那珂川町 | |
| | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 生 年 月 日 年 月 日生 (歳) | | 身体障害者手帳 | 都道府県 第 号 | |
| 発 症 年 月 日 | 年 月 日 | 障 害 程 度 級 | | |
| 障 害 の 種 類 | <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> その他内臓障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 | | | |
| 傷 病 名 | | | | |
| 現 症 歴 (経 過) | | | | |
| 現 症 | | | | |
| 医 療 の 具 体 的 方 針 | | | | |
| 更 生 医 療 の 要 否 | 要 ・ 否 | 一 般 医 療 の 要 否 | 要 ・ 否 | |
| 備 考 | | | | |

(診 療 機 関 用)

自立支援医療（更生医療）費概算額明細書

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------|-----|---|
| 治 療 予 定 日 数 及 び 医 療 費 概 算 額 | 診療日数及び | 入 院 日 円 | | |
| | | 通 院 日 円 | | |
| | | 移 送 費 日 円 | | |
| | 医療費総額 | 訪問看護 日 円 | 計 円 | |
| | 期 間 | . . ~ . . | | |
| | 医 療 施 行 概 要 | | 金 額 | 備 考 |
| | 手術 | (手術名) | 円 | ※ 院外(薬局)処方 の場合は、 下記の欄に必 ず薬局名と薬 剤師名を記入 してください。 ※ 投薬等は更生 医療に限定し たものである こと。 |
| | 投薬 | (薬品名) | | |
| | 注射 | (薬品名) | | |
| | 処置 | (処置名) | | |
| | 検査 | (検査名) | | |
| | 診 基 療 本 | | | |
| | 入院 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 計 | | | |
| 担 当 医 師 及 び 診 療 機 関 名 | 指定自立支援医療機 関名及び電話番号 | | | |
| | 担 当 医 師 氏 名 | (印) | | |

| | | |
|---|-------------|--|
| 担 当 薬 剤 師 名 及 び 薬 局 名 | 薬 局 名 | |
| | 担 当 薬 剤 師 名 | |