

(薬 局 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				

(薬 局 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	計 円	
		通 院	日	円		
		移 送 費	日	円		
	医療費総額	訪 問 看 護	日	円		
	期 間	. . . ~ . . .				
	医 療 施 行 概 要		金 額		備 考	
	手術	(手術名)			※ 左記の欄は更生医療に限定した投薬等について記入してください。	
	投薬	(薬品名)				
	注射	(薬品名)				
	処置	(処置名)				
	検査	(検査名)				
	診療基本					
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		印			