

自立支援医療(更生医療)意見書

視・聴・そしゃく・小腸

氏 名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	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								
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
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円				
	初・再診	点	(	)	点				
	投薬・注射	点	入院	点					
	処置	点	小 計	点					
	手術	点	× 10	円					
	検査(レントゲンを含む)	点	その他(	)	円				
	(	)	点	合 計(+)	円				
上記のとおり診断する。 平成 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(指定医療機関届出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。