自立支援医療(更生医療)意見書

腎 (再認定・変更用)

氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
原傷病名				発症年月日	平成	年	月 日
治療経過							
医療の具体的方針				効果見込み			
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	通院	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		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の名称</p> <p>医師氏名(意見書作成医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>医師氏名(指定医療機関届出主として担当する医師)</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

「医療の具体的方針」欄は、血液透析療法の場合は「週 回」等の治療内容を記載してください。