

自立支援医療(更生医療)意見書 (肢体不自由・その他)

北海道立心身障害者総合相談所

区分	新規・内容変更・期間延長			
氏名			市町村名	
生年月日	年 月 日 (歳)			男・女
障害名				障害等級 級
原傷病名				
障害現症及び治療経過	数値等を用い具体的に記載すること。			
既手術年月日	年 月 日 (手術名) 年 月 日 (手術名)			
医療の 具体的方針	区分	1 手術	手術名称 及び 治療内容	治療材料は内容を記載すること。
		2 処置、検査等		
	3 リハビリ	対象部位	右・左・両	
	4 訪問看護			
	5 治療材料			
	訪問看護ステーション名		(訪問看護のみ記載)	
治療開始 予定日及び期間	入院	年 月 日 開始予定・ カ月間		
	通院	〔手術 年 月 日 予定〕		
	訪問看護	年 月 日 開始予定・ カ月間(月 回)		
回復見込み ・程度	現在の自覚・他覚症状の改善状況を記載すること。			
医療費概算額	合計	手術	万円	
		処置、検査、注射、投薬	万円	
		リハビリ	万円	
		訪問看護	万円	
		入院	万円	
		万円 その他(治療材料費等)	万円	
上記の治療を要する。 記載年月日 年 月 日				
指定医療機関名				
指定医師名				

※治療材料費については、見積書を添付すること。