

## 自立支援医療(更生医療)意見書 (小腸機能障害)

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	裏面の臨床所見も記載すること。ただし、合併症等により期間延長の場合は不要。				
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	手術名及び治療内容を記載すること。				
治療開始 予定日及び期間	入 院	年 月 日 開始予定・			ヵ月間
	通 院	〔手術 年 月 日 予定〕			
	訪問看護	年 月 日 開始予定・			ヵ月間(月 回)
		年 月 日 開始予定・			ヵ月間(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
		訪問看護			万円
		入 院			万円
		万円	その他( )		
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					

