

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	大正・昭和・平成・令和 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・ ヲ月間			
	通院	〔手術 年 月 日 予定〕			
	訪問看護	年 月 日 開始予定・ ヲ月間(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 令和 年 月 日					
指定医療機関名					
指定医師名 印					

※治療材料費については、見積書を添付すること。