

## 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	大正・昭和・平成・令和		年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女
障 害 名				障害 等級
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	平成・令和		年 月 日 (手術名)	
	平成・令和		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〕
		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	
		入 院	万円	
		万円 その他( )	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

裏面へ

