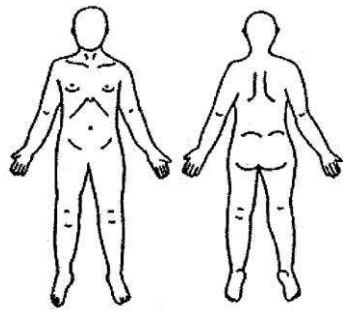


<様式 更2>

自立支援医療（更生医療）意見書 { 肢体不自由 }

| | |
|-------------------|--|
| フリガナ | |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | |
| 原傷病名 | |
| 現 症 及び 所見 |  <p>×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害</p> |
| 更生医療の 具体的方針 | 入院予定日 (令和 年 月 日) 自己貯血 (有 無) 手術予定日 (令和 年 月 日) 術式: 右・左・両 人工関節置換術 その他 () 更生医療適用開始予定日 (令和 年 月 日) |
| 治療効果の 見 込 み | |
| 治療見込み 期 間 | 入院 ヶ月 通院 ヶ月 |
| 医療費概算額 (食費を除く) | |

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名 (意見書作成)

科 名

医師氏名 (指定医療機関届出)