

(様式3-2号)

更生医療要否意見書（心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用）

区 分 ・ 新 規 ・ 再 認 定 ・ 変 更（医療内容・医療機関・入通院）			
氏 名	男 女		住 所
	(歳)		
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
障 害 名		身体障害者手帳 級	健康保険の種別
原 傷 病 名		昭・平・令 年 月 日	
初 診 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	交付 (申請中)	
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)			
医療内容と 具体的方針			
治療効果見込			
医療費概算額	金 額 (円)	内訳 (概略)	必ず記入してください。
手 術			I この意見書による診療期間等
投 薬 ・ 注 射			(1) 入院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 (か月)(日)
処 置			(2) 通院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 (か月)(日)
検 査			(3) 手術予定日 令和 年 月 日
基 本 診 療			II 前回承認した更生医療
入 院			(1) 入院 ・ 通院 (2) 術名・内容
そ の 他			
合 計			(3) 手術日 令和 年 月 日
* 金額欄には、診療見込期間全体の診療費見込額を記載する。			(4) 適用期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 (か月)(日)
令和 年 月 日 指定医療機関所在地 電 話 番 号 名 称 主として担当する医師 □			
※要否判定（更生相談所の嘱託医が記入します。） 嘱託医判定日 平成 年 月 日			
要 ・ 否	・	(否の理由)	