

自立支援医療(更生医療)意見書 (心臓機能障害)

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・ カ月間 |
| | 通 院 | [手術 | 年 |
| | | 月 | 日 予定] |
| | | 年 | 月 |
| | | 日 | 開始予定・ カ月間(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。 | | |
| 医療費概算月額 | 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 | 年 | 月 |
| | 指 定 医 療 機 関 名 | | |
| | 指 定 医 師 名 | | |

裏面へ

