

(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	
生 年 月 日	明・大・昭・平	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 年 月 日交付		
初 診 年 月 日	昭・平 年 月 日		( 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)	I この意見書による診療期間等
手 術			(1) 入院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 ( か月)( 日)
投 薬 ・ 注 射			(2) 通院予定期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 ( か月)( 日)
処 置			(3) 手術予定日 年 月 日
検 査			II 前回承認した更生医療
基 本 診 療			(1) 入院 ・ 通院
入 院			(2) 術名・内容
そ の 他			(3) 手術日 年 月 日
合 計			(4) 適用期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 ( か月)( 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。			
(参考)			
□薬 局 名 ( )			
□訪問看護ステーション名 ( )			
年 月 日			
指定医療機関所在地			
電 話 番 号			
名 稱			
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 年 月 日
要 ・ 否	詮	(否の理由)	

(入院・通院は別々に作成してください。)