

自立支援医療(更生医療) 医学的意見書(視覚障害用)					
ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	M・T・S・H
氏名					(歳)
住所					
障害名	(種 級)				
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年	月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。				
医 療 の 方 針	医療の 具体的方針				
	医療による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)				
	更生医療開始予定年月日	平成	年	月	日 (新規・医療内容変更・期間延長)
更生医療の具体的方針及び概算額					
内 容					金 額
手術名					
投薬注射名					
処置名					
検査名					
基本診療					
入院(通院)期間					
その他					
合計					

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年	月	日
(臨床所見)					
(備考)					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p>					

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は原則3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。