

* 肢体不自由用 様式 1 : 手術を施行する医療機関用

自立支援医療 更生医療 意見書 (肢体不自由)				
氏名			生年月日	年 月 日
住 所				
原因傷病名				
治療経過と症状				
医療の具体的方針				
*手術名・手術日を含む	手術名() 手術(予定)日(R 年 月 日)			
治療効果見込	術前の等級	級	具体的な効果の見込み	
	術後の等級	級		
指定医療機関の名称 および転院等の予定	指定医療機関名			
	ア. 転院の予定 無 ・ 有 <u>有の場合</u> 転院先の指定医療機関名 転院予定の時期 (術後 日頃) イ. 院外処方の予定 無 ・ 有 <u>有の場合</u> 指定薬局名 時期			
医療の期間	入院 か月間 ・ 日間		通院 か月間 ・ 日間	
* 転院先での期間を含む				
医療の開始日	令和 年 月 日	更生医療適用	新規 ・ 継続	
医療費積算額	円			
*転院先での医療費を含む				
上記のとおり診断します。 指定医療機関名 令和 年 月 日 担当する医療の種類 主たる担当医師名 (指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名) 印 主治医名 印				