

(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	(歳)		
障 害 名	明・大・昭・平 年 月 日	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 平成 年 月 日
検 査			
基 本 診 療			
入 院			II 前回承認した更生医療
そ の 他			(1) 入院・通院 (2) 術名・内容
合 計			(3) 手術日 平成 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)
(参考) □薬 局 名 () □訪問看護ステーション名 ()			
平成 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 (印)			
※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	(印)	(否の理由)	

(入院・通院は別々に作成してください。)