

自立支援医療（更生医療）意見書

視 覚 障 害
音 声 ・ 言 語 ・ そ し
や く 機 能 障 害
そ の 他

氏名	年 月 日生 男・女			診断月日	年 月 日				
				住所					
原傷病名				機能障害					
現 症									
医療の 具体的 方針				医療 の 期間	入院	ヶ月	日間		
					通院	ヶ月	日間		
医療 費 概 算 内 訳	診療区分	回数 又は 日数	点 数		診療区分	回数 又は 日数	点 数		
			単 価	総点数			単 価	総点数	
	初診及び再診				X 線				
	薬 治 料	内 服				検 査 料			
		頓 服							
		外 用							
	注 射 料	皮 下				そ の 他	整形外科機能訓練		
		筋 肉					マッサージ		
		静 脈					言語治療		
		その他							
	処 置 料	輸液血				入 院 料			
		ギプス							
麻 酔									
手 術 料	(手術名)				看 護 料				
					総 合 計		点 円		
治療効果 見 込									
上記のとおり診断する。 年 月 日									
医療機関名							印		
所在地									
指定(届出)医師名							印		
診療担当医師							印		

(医療機関へのお願い)

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・医療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。