

別記様式第1号

(表面)

自立支援医療(更生医療)意見書

診療科目 _____

年 月 日

氏名(ふりがな)		住所	(〒 -)		
		性別	男 ・ 女		
生年月日 年 月 日生 (歳)		身体障がい者手帳		都道府県 第 号	
発症年月日	年 月 日	障がい程度		級	
障がいの種類	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能障がい <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障がい <input type="checkbox"/> 心臓機能障がい <input type="checkbox"/> 腎臓機能障がい <input type="checkbox"/> 小腸機能障がい <input type="checkbox"/> 肝臓機能障がい <input type="checkbox"/> その他内臓障がい <input type="checkbox"/> 免疫機能障がい				
傷病名					
現症歴 (経過)					
現症					
医療の 具体的方針					
更生医療の要否		要 ・ 否		一般医療の要否	
				要 ・ 否	
備考					