

自立支援医療（更生医療）意見書〔新規・期間延長・医療内容変更〕

- (1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害  
(6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 免疫機能障害 (9) 肝臓機能障害〔該当に○をつける〕

フリガナ 受診者氏名	更生 智太郎	年齢	76歳	生年月日	明治 大正 <u>昭和</u> 平成	22年 3月 21日
受診者住所	岐阜県 岐阜 <u>市</u> ・郡	町・村	鷺山向井2563 番地の18			
病名	慢性腎不全	発症年月日	昭和 <u>平成</u> 令和	5年 5月 1日		
障害の現況	永続する腎機能障害のため、血液透析中					
医療	医療の具体的方針	週3回4時間の通院による血液透析の継続が必要				
	治療見込期間	入院治療期間〔 ~ 〕 日間	通院治療回数並びに期間〔R5. 6/1~ R6. 5/31〕 回 日間	訪問看護予定回数並びに期間〔 ~ 〕 回 日間	通算	12 か月 日間
	医療費概算額	入院治療費 円	通院治療費 4,786,280 円	訪問看護等 円	計	4,786,280 円 輸血 医療用補装具 移送
治療後における障害の回復の見込	日常生活の活動性の向上	術前	級			
		術後	級			
その他	入院（予定）日 年 月 日 手術予定日 年 月 日					
<p>上記のとおり診断し、その医療費を概算します。</p> <p>令和 5 年 4月 24日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">更生医療開始日以前の日付であること</span></p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>所在地 岐阜県〇〇市〇〇町</p> <p>身体障害者福祉法第1名称 △△総合病院</p> <p>電話番号 058-〇〇-XXXX</p> <p>主として担当する医師の氏名 岐阜 肇</p> <p style="text-align: right;"><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">指定自立支援医療機関の主たる医師であること</span></p>						
判定	自立支援医療（更生医療）給付の適否					
	適 ・ 否					
	令和 年 月 日 岐阜県身体障害者更生相談所 医師 印					

(注) 主として担当する医師の氏名は、医療機関指定申請書に記載された医師の氏名を記入して下さい。