

更生医療要否意見書

氏 名		生年月日	M. T. S. H. R
現 住 所			被保険証等の記号番号
原 傷 病 名			
現 症			
医 療 の 具 体 的 方 針	手術予定日 月 日	治療効果見込	術前の等級 級 術後の等級 級
医療費概算	金 額	備 考	
手 術	入院予定期間 自 年 月 日 月 至 年 月 日 月 通院予定期間 自 年 月 日 月 至 年 月 日 月		
投薬注射			
処 置			
基本診療			
入 院			
そ の 他			
合 計			
総合判定			
令和 年 月 日 指定医療機関名 医 師 名			