

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(視覚障害用)				
ふりがな			生年月日	T・S・H (歳)
氏 名				
住 所				
障害名	(種 級)			
現 症	原傷病名		原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。			
医 療 の 方 針	医 療 の 具体的方針			
	医 療 による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)			
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)		
更生医療の具体的方針及び概算額				
内 容				金 額
手 術 名				
投薬注射名				
処 置 名				
検 査 名				
基 本 診 療				
入院(通院)期間				
そ の 他				
合 計				

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年	月	日
(臨床所見)					
(備考)					
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名					

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療（更生医療）は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療の支給認定期間は原則3ヶ月以内。
期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。