

(様式3-2号) 更生医療要否意見書 (心臓機能障害・肢体不自由・その他障害用)

区 分	・ 新 規 ・ 再認定 ・ 変 更 (医療内容・医療機関・入通院)		
氏 名			住 所
生 年 月 日	(歳) 大・昭・平 年 月 日		
障 害 名		☐ 身体障害者手帳 級 昭・平・令 年 月 日交付 ☐ 申請中	健康保険の種別
原 傷 病 名			
初 診 年 月 日	年 月 日		
現 症 (変更等はその理由等も記入する。)			
医 療 内 容 と 具 体 的 方 針			
治 療 効 果 見 込			
医療費概算額	金 額 (円)	内 訳 (概略)	I この意見書による診療期間等
手 術			(1) 入院予定期間 (注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月) (日) (2) 通院予定期間 (注) 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 (か月) (日) (3) 手術予定日 令和 年 月 日
投 薬 ・ 注 射			
処 置			
検 査			
基 本 診 療			
入 院			
そ の 他			II 前回承認された更生医療の内容
合 計			(1) 入院 ・ 通院 (2) 術名・内容 (3) 手術日 年 月 日 (4) 適用期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日 (か月) (日)
*金額欄には、診療見込期間全体の見込額を記載する。			
(参考) ☐ 薬 局 名 () ☐ 訪問看護ステーション名 ()			
令和 年 月 日 指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師			
要否判定 (更生相談所の嘱託医が記入します。) 嘱託医判定日 令和 年 月 日			
要 ・ 否	・	(否の理由)	

(注) 入院、通院で別々に作成してください。

(令和3年4月1日から適用)