

自立支援医療（更生医療）意見書		〔新規・ <u>期間延長</u> ・医療内容変更〕		〔該当に○をつける〕	
(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 <u>(6) 腎臓機能障害</u> (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 知郎	性別	男・女	年齢	75歳
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> 3年 1月11日 令和		
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	} 通算 日間 12 か月
		通院治療回数並びに期間	〔R5.3.1 ~ R6.2.29 〕	回	
	訪問看護予定回数並びに期間	〔 ~ 〕	回		
	医療費概算額	入院治療費	円	計	4,786,280 円
		通院治療費	4,786,280 円		
		訪問看護等	円		
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	裏面医療費概算額算出明細書の合計金額と一致すること		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				
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 5 年 2 月 23 日 指定自立支援医療機関名 所在地 岐阜県〇〇市〇〇町 名称 △△総合病院 電話番号 058-〇〇-×××× 主として担当する医師の氏名 岐阜 肇					
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				

（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。