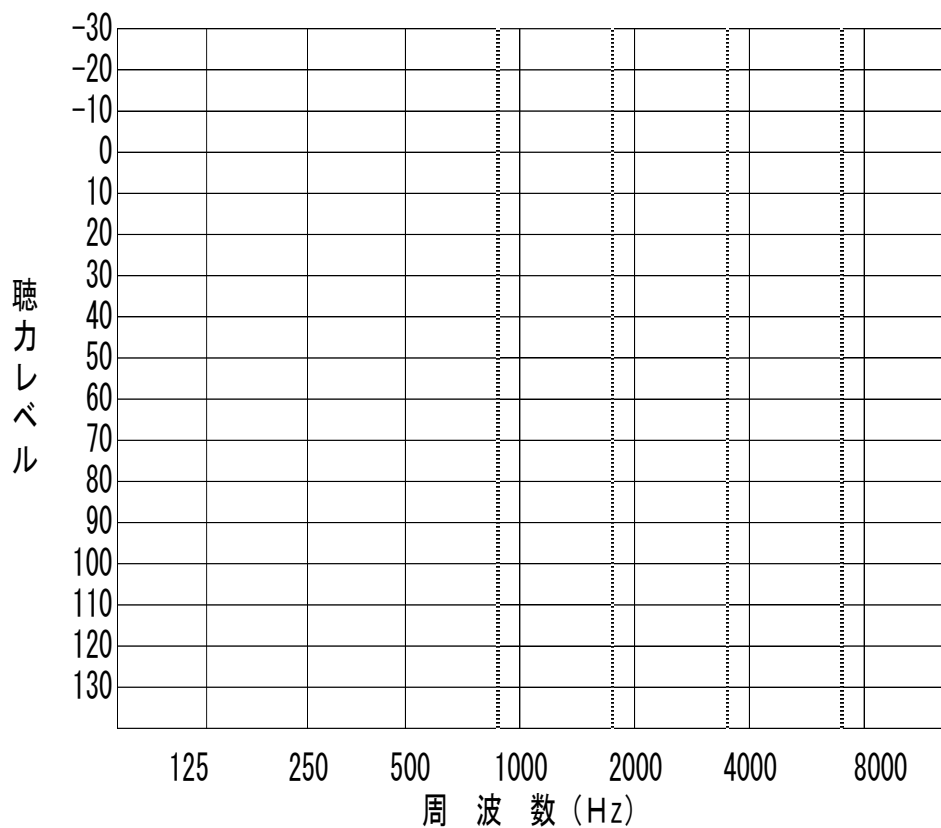


自立支援医療（更生医療）要否意見書

氏 名		生年 月日	年 月 日生 歳
住 所			
職 業		保険	有・無 保険
原傷病名			
現 症			
自立支援医療の要否	必 要 ・ 不 要		
医 療 の 具 体 的 方 針			
医 療 開 始 予 定	年 月 日	指定医療機関	
入 院 日 数	日	通 院 日 数	日（ 回）
医 療 費 概 算 額 算 定 表	手 術	円	基本検診 円
	投薬注射	円	入 院 円
	処 置	円	その他 円
	検 査	円	合 計 円
治 療 効 果 見 込 み	※ここへ効果見こみを具体的に記入願います。		
術前の等級	術後の等級		
級	級		
意見書作成年月日 年 月 日			
医療機関名			
医 師 名 印			



聴力(会話音域の平均
聴力レベル)

右 dB
左 dB

障害の種類
1 伝音性難聴
2 感音性難聴
3 混合性難聴

○で囲んでください

空気伝導 右 青 ○ 左 赤 ×
骨伝導 右 青 [左 赤]

空気伝導と骨伝導双方の聴力測定値を必ず御記入してください。

摘

要