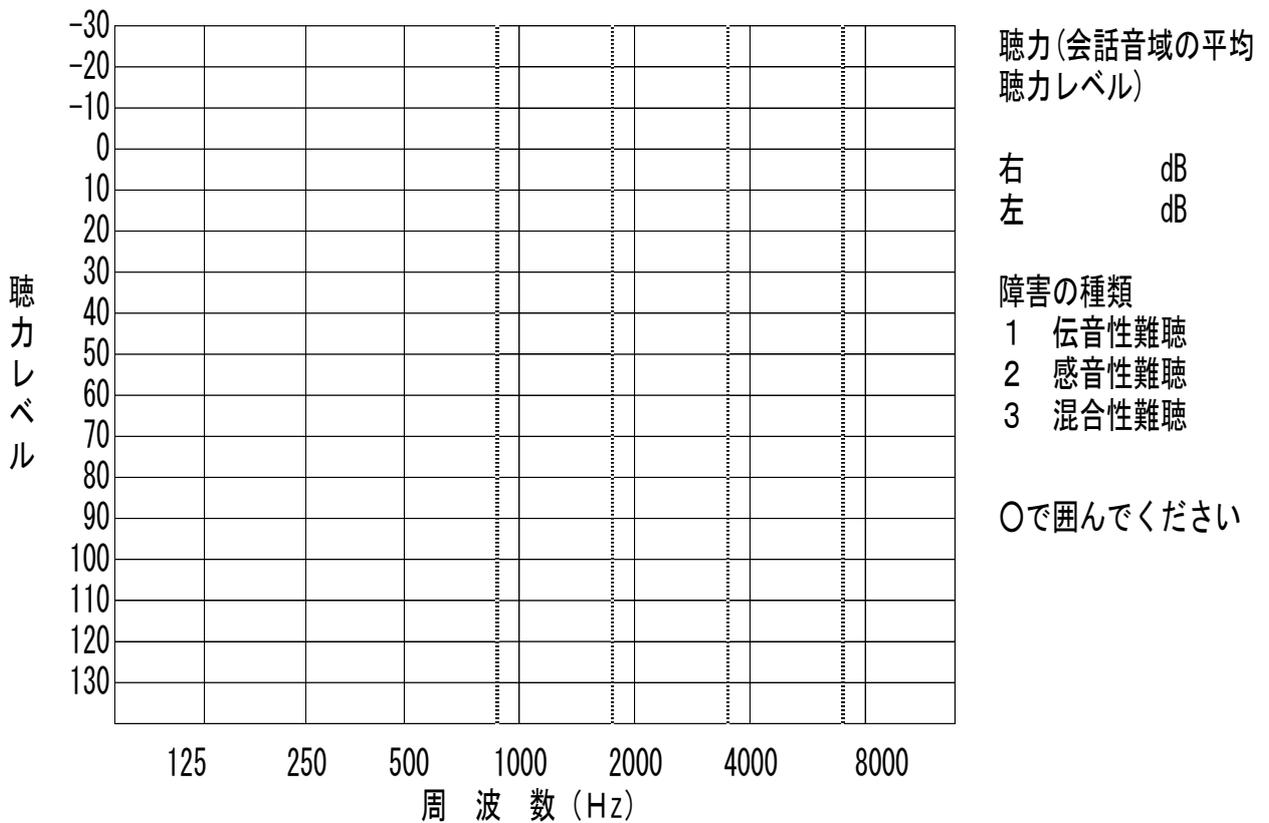


自立支援医療（更生医療）要否意見書

氏名		男女	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		



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