

自立支援医療（更生医療）意見書			
氏 名		男・女	年 月 日生
住 所	市 町		
現傷病名		発病	年 月 日
現 症			
現在までの 治 療 内 容			
医 療 の 具体的方針	入 院： 年 月 日から（ 日間） 手術日： 年 月 日 通 院： 回／ 日 ・ 週 ・ 月 （ 日間）		
改善の程度			
医 療 費 概 算 額	区 分	概算額（ ヵ月分）	備 考
	検 査	円	
	手 術	円	
	投薬注射	円	
	処 置	円	
	基本診療	円	
	入 院	円	
	そ の 他	円	
	合 計	円	
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 年 月 日 指定医療機関 所在地 名 称 担 当 医 師 氏 名			