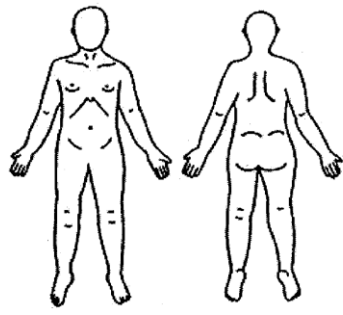


<様式 更2>

自立支援医療（更生医療）意見書 { 肢体不自由 }

フリガナ	
氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ 歳）
住所	
原傷病名	
現症及び所見	 <p>×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害</p>
更生医療の具体的方針	入院予定日（令和 年 月 日） 自己貯血（有 無） 手術予定日（令和 年 月 日） 術式：右・左・両 人工関節置換術 その他（ ） 更生医療適用開始予定日（令和 年 月 日）
治療効果の見込み	
治療見込み期間	入院 月 通院 月
医療費概算額（食費を除く）	

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名（意見書作成）

科 名

医師氏名（指定医療機関届出）