第6号様式

自立支援医療（更生医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年　月　日
受診者住所				
病　名		発病年月日	年　月　日	
治療の具体的方針 （院外処方がある場合は必ず有に○を付けてください。）	入院（開始予定）日　年　月　日　・　手術（予定）日　年　月　日 外来（開始予定）日　年　月　日 院外処方（有・無）←★必ずどちらかにマルをしてください。			

医療費概算額	内訳		当初の第　月	第　月	第　月	第　月	第　月	第　月	計
	薬治料	（薬品名）	点	点	点	点	点	点	点
	注射料	（品　名）							
	処置料	（処置名）							
	検査料	（検査名）							
	手術料	（手術名）							
	その他								
	入院料								
	通院料								
	合計点数								
	金額		円	円	円	円	円	円	円
訪問看護料見込額			円	円	円	円	円	円	円
移送費見込額			円	円	円	円	円	円	円
診療予定年月日			年　月　日　～　年　月　日						

※下記の項目に該当し、病状及び治療方針について前回と変更がない場合は「（第７号様式）医学的意見書」の省略が可能です。該当する場合は□に✓（チェック）を記入してください。

- □　腎臓機能障害に対する人工透析療法
- □　心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- □　ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害に対する抗ＨＩＶ療法、免疫調整療法
- □　小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法

上記のとおり診断する。

年　月　日

指定医療機関　住所

名称

電話番号

担当医師氏名
（更生医療の「主たる医師」）

横　浜　市