

* 肢体不自由用 様式 2 : 転院先の医療機関用 (手術を施行した医療機関から引き継ぐ場合)

自立支援医療 更生医療 意見書 (肢体不自由)				
氏名			生年月日	年 月 日
住 所				
手術を施行した 医療機関での 更生医療	ア. 指定医療機関名 :			
	イ. 原因傷病名 :			
	ウ. 手術名 :		手術日 : R 年 月 日	
	エ. 術後経過 (症状等) :			
	オ. 手術を施行した医療機関の退院 (予定) 日 : 令和 年 月 日			
	カ. 手術を施行した医療機関での医療の開始日 : 令和 年 月 日			
	キ. 手術を施行した医療機関での更生医療の期間 : 入院 () ・ 通院 ()			
	ク. 手術を施行した指定医療機関との連携 : 有 ・ 無			
医療の具体的方針	* 通院でのリハビリテーションの場合 : 回数 回/週			
治療効果見込	術前の等級	級	具体的な効果の見込み	
	術後の等級	級		
指定医療機関の 名称	指定医療機関名 ● 院外処方 の 予定 無 ・ 有 有の場合 指定薬局名 時期			
医療の期間	入院	か月間	日間	通院 か月間 ・ 日間
医療の開始日	令和 年 月 日			
医療費積算額	円			
上記のとおり診断します。 指定医療機関名				
令和 年 月 日 担当する医療の種類				
主たる担当医師名 印 (指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名)				
主治医名 印				

