

自立支援医療（更生医療）意見書 { 心臓機能障害 }

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 臨床症状	*臨床所見 動悸（有・無） 息切れ（有・無） 呼吸困難（有・無） 血圧（ /mmHg） 胸痛（有・無） チアノーゼ（有・無） 浮腫（有・無） 血痰（有・無） 心拍数（ ） 脈拍数（ ）
更生医療の 具体的方針	入院予定日（令和 年 月 日） 手術予定日（令和 年 月 日） 手術名（ ） 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 ケ月 通院 ケ月
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）