## 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              | $M \cdot T \cdot S \cdot H$                            | 年         | 月           | 日    | (  | 歳)  |
| 住 所               |  |           |             |      |    |     |
| 原傷病名              |  |           |             |      |    |     |
| 現 症<br>及び<br>臨床症状 |  |           |             |      |    |     |
| иш//\/            | *臨床所見<br>動悸(有 ・ 無) 息切れ<br>血圧( /mmHg) 胸<br>浮腫(有 ・無)血痰(れ | 痛 (有 ・ 無) | チアノー        | ゼ(有・ | 無) | )   |
|                   |  |           |             |      |    |     |
| 更生医療の             |  | 入院予定日     |             |      |    | 日 ) |
| 具体的方針             | 手術名(   | 手術予定日     | (令和         | 年    | 月  | 日 ) |
|                   |  | 適用開始予定日   | (令和         | 年    | 月  | 日 ) |
| 治療効果の<br>見 込 み    |  |           |             |      |    |     |
| 治療見込み             |  |           |             |      |    |     |
| 期間                | 入  | 院ケ        | 月           | 通院   | ク  | -月  |
| 医療費概算額<br>(食費を除く) |  |           |             |      |    |     |
| 上記のとおり診断          | 行し別紙により医療費を概算し   | ます        | 令和          | 年    | 月  | 目   |
| 指定医療機関名及び所在地      |  | 医師氏名      | 医師氏名(意見書作成) |      |    |     |
|                   |  |           |             |      |    |     |
| 科 名               |  | 医師氏名      | (指定医        | 療機関届 | 出) |     |