

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 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)
----	-----------------