

医療・様式2

自立支援医療(更生医療)判定票

患者氏名	年 月 日			男 女	判定日	年 月 日			
				年 月 日			保険種別		
住 所					職 業				
主 訴				既往病歴					
原傷病名				機能障害名					
治療経過の概要・現症	-----								

医療費概算額	年間医療費概算額(円)			備 考		治療方針			
	手術料								
	投薬注射								
	処 置						入院日	年 月 日 予定	
	検 査						手術日	年 月 日 予定	
	基本料			初診料 再診料		補装具			
	入 院			入院日数 日					
	通院費 その他			通院 月 回		改善見込			
	計								
	通院費再掲	額	第1月	第2月	第3月		指定自立支援医療機関名 科 主として担当する医師名		
月 額									
第4月		第5月	第6月	計					