

医療・様式2

自立支援医療(更生医療)判定票

患者氏名	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・検査値等								
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	月 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				