

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	判定日	年 月 日		
			女	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				
	手術料				治療方針		
	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	
月 額					指定自立支援医療機関名		
第4月		第5月	第6月	計	科		
					主として担当する医師名		