

更生医療要否意見書

氏名	男 生年月日 女 <u>M・T・S・H・R</u> 年 月 日
住所	市 町 郡 村
原傷病名	
機能障害	
現在の症状	
具体的治療方針	
医療期間 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり
治療効果見込	
障害程度等級	
上記のとおり診断します。 <div style="text-align: center;"> _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 担当医師名 _____ ⑩ </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">鳥取県身体障害者更生相談所長 殿</p>	