

更生医療要否意見書

氏名	男 生年 明・大・昭・平 年 月 日 女 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	
医療機関 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	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>_____年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>担当医師名 _____ 印</p> <p>鳥取県身体障害者更生相談所長 様</p>	