

医学的意見書		(心臓・呼吸器機能障害用)	
氏名	大正・昭和 年 月 日生		平成・令和
住所	埼玉県	郡市	町村
① 障害名			
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他 ( )		
③ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日			
④ 障害認定所見	障害程度 ( 級相当) [ 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 ] (再認定の時期 年 月後 )		
⑤ その他参考となる合併症状			
更生医療	期間	入院 日間・通院 日間 ( 回)	
	事前検査 ・ 具体的方針 ・ 効果		
補装具	新・再・修	名称 ・ 処方 ・ 効果	
	所見	医療機関名 所在地 診療担当科 医師名 年 月 日	
		印	