

自立支援医療（更生医療）治療経過及び予定報告書

年 月 日

倉敷市倉敷社会福祉事務所長 様
 指定自立支援医療機関
 所在地及び名称
 診療科
 59条指定医師氏名

記

受給者番号	患者氏名
更生医療の内容	1.腎臓移植後抗免疫療法 2.心臓移植後抗免疫療法 3.肝臓移植後抗免疫療法 4.小腸中心静脈栄養療法 5.抗HIV療法、免疫調整療法 ・ ・ ・ ・ □ 最終受診日：__年__月 6.免疫機能障害に係る訪問看護 ・ ・ ・ ・ □ 「その他」欄に訪問看護を必要とする理由を記載
治療経過の概要	<input type="checkbox"/> 前年と同じ上記治療を継続している（開始時期：__年__月） <input type="checkbox"/> 更生医療の治療を中止している（中止時期：__年__月） （年間医療費概算額 円/年額）
病状	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> その他（ ） ・ ・ ・ ・ ・ 該当する判定票(様式2, 3, 4, 5)を提出。
今後の治療の予定・概要	<input type="checkbox"/> 同じ治療内容で継続治療 <input type="checkbox"/> 治療内容を変更して継続治療 <input type="checkbox"/> 中止の見込みあり <input type="checkbox"/> 最終受診日から1年以上経過 } 該当する判定票(様式2, 3, 4, 5)を提出。
その他	

※ 病状の変化及び治療方針の変更または、最終受診日から1年以上経過している場合は、該当する判定票(様式2,3,4,5)を提出してください。