様式2

校費負担患者治療計画書　　　　　　　(外来)　(入院)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 診療科名 | 印 |
| 患者住所 |  | | | | |
| 患者氏名 |  | | | 生年月日 |  |
| 患者の保険種別 | 1　私費　　　2　保険本人　　　3　保険家族　　　4　国保 | | | | |
| 病名 |  | | | | |
| 校費負担理由 | ①　社会的理由  ②　稀有な症例(名)  ③　探索医療のため | | ④　研究協力等  ＊①は別書式に記入②～④については治療計画を詳細に | | |
| 校費負担区分 | 1　全額校費負担 | 2　一部校費負担(イ．ロ．共該当項目を○で囲む) | | | |
| イ　患者負担分のみ(2割・3割) | | | ロ　検査　　投薬　　注射  　　手術　　その他(　　　) |
| 期間 | 自　平成　　　年　　　月　　　日　至　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 校費負担理由 | | | | | |
| 治療計画 | | | | | |
| 費用計画　　　年間予定額　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 承認月日  更新の場合、当用紙提出不要 | | | | | |