

自立支援医療（育成医療）意見書

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|-------|-------|-------|
| フリガナ | | | 年齢 | 歳 | 年 月 日 |
| 受診者氏名 | | | | | |
| 受診者住所 | | | | | |
| 病 名 | 発症年月日 | | ① 先天性 | 年 月 日 | |
| | | | ② | 年 月 日 | |
| 障害の種類 (該当するものに ○をつける) | (1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) その他内臓障害 (8) 免疫機能障害 (9) 小腸機能障害 (10) 肝臓機能障害 | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | |
| 治療 療 | 治療見込期間 | <入院治療期間> 年 月 日から 年 月 日まで 日間 <通院治療回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 <訪問看護予定回数並びに期間> 年 月 日から 年 月 日まで 回 日間 | | | |
| | 医療費概算額 | 入院治療費 | 円 | } 計 | 円 |
| | | 通院治療費等 | 円 | | |
| | 訪問看護 | 円 | | | |
| 移送費見込額 | | | | | 円 |
| 医療費及び移送費合計額 | | | | | 円 |
| 治療後における障害の回復状況の見込 | | | | | |

上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名

印