

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	昭和 平成 令和	年	月	日	
受診者住所										
病名				発症年月日		平成 令和	年	月	日	
	先天性・後天性									
障害の種類 <small>(該当するものに○をつける)</small>	(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)小腸機能障害                      (8)肝臓機能障害                      (9)その他内臓障害                      (10)免疫機能障害									
不自由の状況 <small>(具体的に)</small>										
医療の具体的方針	(補装具 有・無)                      (肢体不自由の場合：理学療法 有・無)									
治療	治療見込期間	入院治療期間 (日間)							通算	日間
		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日								
		通院治療回数並びに期間 (月 回程度)								
		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日								
		訪問看護予定回数並びに期間 (月 回程度)								
		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日								
		手術予定年月日 平成 年 月 日								
医療費概算額	入院治療費		通院治療費		訪問看護等		計		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。 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名                      印</p>										