

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 | 年 月 日 |
| 受診者住所 | | | | | | |
| 病 名 | | 発症年月日 | | 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) 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 | | | | |
| 入院（治療） 開始年月日 | | 年 月 日 | 退院予定年月日 | | 年 月 日 | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 治療 | 治療見込 期間※ | 入院治療期間 | 日間 | } 通算 | 日間 | |
| | | 通院治療回数並びに期間 | 回 日間 | | | |
| | | 訪問看護予定回数並びに期間 | 回 日間 | | | |
| | 医療費概 算額 | 入院治療費 | 円 | } 計 | 円 | |
| | | 通院治療費 | 円 | | | |
| | | 訪問看護等 | 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: right;">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> | | | | | | |

※治療見込期間が3ヶ月をこえる場合は、その理由を「医療の具体的方針」欄にご記入下さい。