

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	年	月	日		
受診者住所											
病名		発症年月日		平成	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										
医療の具体的方針											
治療	治療見込期間	入院治療期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	
		通院治療回数並びに期間	年	月	日	～	年	月	日	回	日間
		訪問看護予定回数並びに期間	年	月	日	～	年	月	日	回	日間
										通算	日間
療	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円					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: center;">平成 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</p> <p style="text-align: right;">印</p>											