

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	平成	年	月	日生
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		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					
	入院（予定）月日	平成	年	月	日				
通院開始予定月日	平成	年	月	日					
通院の場合	1か月			回					
医療費概算額	入院治療費		円	} 計					
	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 <span style="float: right;">印</span></p>									