

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 令和 | 年 月 日 |
| 受診者住所 | | | | | | |
| 病 名 | 発症年月日 | | 令和 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)その他内臓障害 | | (9)免疫機能障害 | |
| | | | | | (10)肝臓機能障害 | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 年 月 日から | | 年 月 日まで | | |
| | | 入院治療期間 | 日間 | } 通算 | 日間 | 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 | | 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。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 指定自立支援医療機関名 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | 印 |