

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			(6)腎臓機能障害			(10)免疫機能障害		
		(4)音声・言語・そしゃく機能障害		(8)肝臓機能障害		(5)心臓機能障害			(9)その他内臓障害					
		(7)小腸機能障害												
医療の具体的方針														
治療	診療予定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで													
	治療見込期間	入院治療期間			日間	} 通算	入院治療回数並びに期間			回	日間	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		通院治療費			円	円			
	訪問看護等			円										
				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。														
平成 年 月 日														
指定自立支援医療機関名														
電話番号														
担当医師名												印		