

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ		年齢	歳	年 月 日		
受診者氏名						
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○をつけて下さい。)	(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) ^{じん} 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 障害(疾病)の状況を詳しく記入してください	現病歴及び現症： その他(合併症の有無)： 治療内容： その他：					
治療	治療見込期間	治療見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日 入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 } 通算 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 通院治療費 円 } 計 円 訪問看護等 円				
治療用装具	種目及び型式				費用	円
	必要とする理由					
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(詳しくご記入下さい。)						
上記のとおり診断し、その医療費、治療用装具費及び移送費を概算いたします。 <p style="text-align: center;">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>						

会計確認欄	担当者所属		担当者	
	確認年月日	年 月 日	電話番号	