

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	年 月 日生	
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	令和	年	月	日		
通院開始予定月日	令和	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	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;">令和 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>							