

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日	年 月 日
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) その他内臓障害            (8) 免疫機能障害            (9) 小腸機能障害            (10) 肝臓機能障害				
医療の具体的方針					
治 療	手術予定日	年 月 日			
	入院治療期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	通算 回 日間
	通院治療回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで	回 日間	
	訪問看護予定回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで	回 日間	
医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 等	円 円 円	} 計		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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名</p>					