

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	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) 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			
	不自由の状況 (現在または今後予想される身体機能障害について、具体的に記載してください)			
医療の具体的方針	治療内容			
治 療	治療見込期間	治療予定期日	年 月 日から	年 月 日まで
		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	
療	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。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地・電話番号 医療機関コード 科名・担当医師名				