

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別		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	
	先天性 ・ 後天性						
障害の種類 （該当するものに○を付ける）	(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) じん臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他の内臓障害 (10) 免疫機能障害						
医療の 具体的方針	(補装具 有・無) (肢体不自由の場合：理学療法 有・無)						
治療	治療見込期間	入院治療期間	自	年	月	日	日間
		至	年	月	日	日間	
回数及び期間	通院治療回数	自	年	月	日		回
	至	年	月	日	回	日間	
訪問看護予定回数及び期間		自	年	月			日
至		年	月	日	通算 日間		
手術予定日		年 月 日					
医療費概算額	入院治療費					円	計
	通院治療費					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み							
<p>上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関 電 話 番 号 担 当 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>							

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。