

| 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 |        |
| 受診者住所  |  |               |     |   |       |       |        |
| 病 名  |  |               |     | 発症年月日   | 年 月 日 |       |        |
| 障害の種類<br><small>（該当するものに○をつける）</small>   | (1)肢体不自由      (2)視覚障害      (3)聴覚・平衡機能障害<br>(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<br>(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   |  |               |     |   |       | 治療用装具 | 要 ・ 不要 |
|  |  |               |     |   |       |       |        |
| 治療   | 治療見込期間   | 年 月 日 ~ 年 月 日 |     | 入院治療期間      日間 }<br>通院治療回数並びに期間      回 日間 } 通算      日間<br>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   | }   | 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。<br><br>年 月 日<br><br>指定自立支援医療機関名<br><br>電話番号<br><br>担当医師名 |  |               |     |   |       |       |        |