

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			(6) 腎臓機能障害			
		(4) 音声・言語・そしゃく機能障害		(5) 心臓機能障害			(7) 小腸機能障害			(8) 肝臓機能障害		
		(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		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		年 月 日									
通院開始予定月日		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		円				
		通院治療費		円		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												
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												
電話番号												
担当医師名							印					