

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 (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					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日				
		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

(医療機関コード)

住 所

電話番号

担当医師名

印