

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　日生まれ	
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・そしやく機能障害 (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			日間
		通院治療回数並びに期間	回				
訪問看護回数並びに期間	回	日間					
医療費概算額	入院治療費	円	円			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 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		