

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 <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 (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 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 回 回	日間 日間 日間	} 通算	日間	
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	} 計	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 _____							