

自立支援医療（育成医療）意見書

|  |  |        |   |          |     |      |    |     |
|--|--|--------|---|----------|-----|------|----|-----|
| フリガナ<br>受診者氏名  |  | 年齢     | 歳 | 平成<br>令和 | 年   | 月    | 日  |     |
| 受診者住所  |  |        |   |          |     |      |    |     |
| 病名   |  | 発症年月日  |   | 平成<br>令和 | 年   | 月    | 日  |     |
| 障害の種類<br>(該当するものに<br>○をつける)  | (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   | 治療見込期間   | 治療予定期日 | 年 | 月        | 日から | 年    | 月  | 日まで |
|  |  | 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       |     |      |    |     |
|  | 訪問看護予定回数並びに期間  | 回      |   | 日間       |     |      |    |     |
| 療費   | 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><p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> |  |        |   |          |     |      |    |     |