自立支援医療（育成医療）意見書

<table>
<tr><td>フリガナ
受診者氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>年齢</td><td>才</td><td>昭和
平成　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>受診者住所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="2"></td><td>発症年月日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害の種類
(該当するものに〇をつけ、不自由の状況を記載)</td><td colspan="6">(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</td></tr>
<tr><td colspan="6">不自由の状況</td></tr>
<tr><td>医　療　の
具体的方針</td><td colspan="6">治療内容</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治
療</td><td>治療見込
期　　間</td><td colspan="5">治 療 予 定 期 日　　年　月　日から　年　月　日まで
入 院 治 療 期 間　回　日間
通院治療回数並びに期間　回　日間　通算　日間
訪問看護予定回数並びに期間　回　日間</td></tr>
<tr><td>医療費
概算額</td><td colspan="5">入　院　治　療　費　円
通　院　治　療　費　円　計　円
訪　問　看　護　等　円</td></tr>
<tr><td>移送費見込額</td><td colspan="6">円</td></tr>
<tr><td>医療費及び移送費合計額</td><td colspan="6">円</td></tr>
<tr><td>治療後における障害の回復状況の見込</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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。

平成　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名

医療機関コード

所在地　　〒

電話番号

担当医師名　　科　　印