

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ			年齢	歳	生年月日					
受診者氏名					年	月	日			
受診者住所										
疾 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	入 院 予 定 期 間		年	月	日	～	年	月	日
		手 術 予 定 期 間		年	月	日	～	年	月	日
		通 院 予 定 期 間		年	月	日	～	年	月	日
		入 院 治 療 期 間					日間	} 通算	日間	
		通院治療予定回数並びに期間		回			日間			
	訪問看護予定回数並びに期間		回			日間				
医療費概算額	入 院 治 療 費		円		} 計					
	通 院 治 療 費		円			円				
	訪 問 看 護 等		円							
移送費見込額							円			
医療費概算額及び 移送費見込額の合計額							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 指定育成医療機関名 電話番号 担当医師名 ※主治医による自署										