

自立支援医療意見書（育成医療）							
フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	平成 年 月 日
受診者住所							
病名				発症年月日	平成 年 月 日 (先天性・後天性)		
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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害 (10)肝臓機能障害						
障害の状況	(障害の状況及び程度を具体的に記入してください。)						
医療の具体的方針	(手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。)						
	手術予定日 (平成 年 月 日)						
治	治療開始 予定年月日	平成 年 月 日					
	治療見込期間	入院治療期間	日間	}	通算	日間	
		通院治療回数並びに期間	回				
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間				
療	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。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印 </div>							