

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	昭和 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)								
治療開始予定年月日	平成	年	月	日					
治療 療	治療見込期間	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	日間 回	日間 回	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。 <p style="text-align: center;">平成 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;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>									