

## 自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		男 女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
受診者住所							
病名			発症年月日	平成	年	月	日
障害の種類 (該当するものに○をつけ、不自由の状況を記載)	(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						
	不自由の状況						
医療の 具体的方針	治療内容						
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                      回                      日間 通院治療回数ならびに期間                      回                      日間                      }                      通算                      日間 訪問看護予定回数ならびに期間                      回                      日間					
	医療費 概算額	入院治療費                      円 通院治療費                      円 訪問看護等                      円                      }                      計                      円					
移送費見込額	円						
医療費及び 移送費合計	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

指定医療機関名

担当医師名

