

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	平成・令和	年	月	日
受診者住所										
病名						発症年月日				
障害の種類 <small>(該当するものに○をつける)</small>	(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 障害(疾病)の状況を詳しく記入して下さい	現病歴及び現症： その他(合併症の有無)： 治療内容： その他：									
治療	治療見込期日	年 月 日 ~ 年 月 日								
	治療見込期間	入院治療期間 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								
療費	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								
装具	種目及び形式					費用	円			
	必要とする理由									
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み(詳しくご記入ください)										
上記のとおり診断し、その医療費、治療用装具費及び移送費を概算いたします。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印										
会計確認欄	担当者所属					担当者				
	確認年月日	年 月 日				電話番号				