

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	年 月 日
受診者住所						
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	左記障害による不自由の状況を具体的に記入下さい				
医療の具体的方針	手術予定年月日 年 月 日					
治 療	入院治療期間	年 月 日から	日間	} 通算 日		
	通院治療回数並びに期間	年 月 日から	回 日間			
	訪問看護予定回数並びに期間	年 月 日から	回 日間			
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。						
年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						