

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	生年月日	年 月 日	歳
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)その他内臓機能障害 (9)免疫機能障害					
医療の具体的方針	(治療見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日)					
治療	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		日間	日間
		訪問看護予定回数並びに期間	回		日間	日間
療費	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
		通院治療費	円		円	
		訪問看護等	円		円	
移送費見込額						円
医療費概算及び移送費見込合計額						円
治療後における障害の回復状況の見込み						
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						
自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						印