

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ 受診者氏名		性別		年齢	歳	生年月日	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○を付ける)	(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) じん臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他の内臓障害 (10) 免疫機能障害						
医療の 具体的方針							
治療	治療見込期間	入院治療期間	自	年	月	日	日間
			至	年	月	日	
療	医療費概算額	通院治療回数及び期間	自	年	月	日	回 日間
		訪問看護予定回数及び期間	自	年	月	日	
						} 通算	日間
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							
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。							
年 月 日							
指定自立支援医療機関							
電話番号							
担当医師名							
㊟							

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。