

## 自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
受診者氏名				
受診者住所				
病 名			発症年月日	年 月 日
機能障害の 状 況	<p>現存する（又は現在の疾患を放置すると将来起こりえる）障害について、該当する番号に○印をつけてください。</p> <p>(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</p>			
医 療 の 具体的方針				治療用装具
				要 ・ 不要
治 療	治療見 込期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	医療費 概算額	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	
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	
		入院医療費	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				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 <span style="float: right;">印</span></p>				