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	才	平成 令和　　年　月　日
受診者住所						
病　　名		発症年月日	平成 令和　　年　月　日			
障害の種類 (該当するものに〇をつけ、不自由の状況を記載)	(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 不自由の状況					
医　療　の 具体的方針	治療内容					
治療	治療見込期　間	治療予定期日　　年　月　日から　年　月　日まで 入院治療期間　回　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 通算　日間				
治療	医療費概算額	入院治療費　円 通院治療費　円 訪問看護等　円 計　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。

令和　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名

医療機関コード

所在地　〒

電話番号

担当医師名　　科