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	昭和 平成	年	月	日
受診者住所									
病名		発症年月日			平成	年	月	日	
障害の種類 (該当するものにつける)	(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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害								
医療の具体的方針									
(治療見込期間 平成 年 月 日 ~ 平成 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。 平成 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名									
									印