

様式第1号 (第2関係)

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	年 月 日
受診者住所						
病名		発病年月日		年 月 日		
障害の種類 (該当するものに○を付けてください。)	(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					
医療の具体的方針 (障害の状況及び程度、また、手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。)						
治療	治療見込期間	入院治療期間 ( 年 月 日から 年 月 日まで)		日間	} 通算	日間
		通院治療回数及び期間 ( 年 月 日から 年 月 日まで)		回 日間		
		訪問看護予定回数及び期間 ( 年 月 日から 年 月 日まで)		回 日間		
				日間		
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等		円 円 円	} 計	円
移送費見込額	円					
医療費及び移送合計額	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。						
年 月 日						
指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名						
						㊟