

自立支援医療費(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		発症年月日	年 月 日			
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(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) その他内臓障害      (8) 免疫機能障害      (9) 小腸機能障害      (10) 肝臓機能障害					
医療の具体的方針						
治 療 見 込 期 間	手術予定日	年 月 日				
	入院治療期間	年 月 日から	年 月 日まで	通算  回 日間		
	通院治療回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで			
	訪問看護予定回数 並びに期間	年 月 日から	年 月 日まで			
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。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名

