

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				発症年月日	年 月 日		
障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small>	(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						治療用装具	要 ・ 不要
治 療	治療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日		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		
	医療費概算額	入院治療費	円	通院治療費	円	計 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							
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 <span style="float: right;">印</span>							