

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	年	月	日生
受診者氏名								
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)視覚障害 (2)聴覚・平衡機能障害 (3)音声・言語・そしゃく機能障害 (4)肢体不自由 (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)その他の内臓機能障害 (10)免疫の機能の障害							
医療の具体的方針 (該当するものに○を付けるとともに、障害の状況及び治療内容について詳しく記載してください)	(1)手術 (2)理学療法(リハビリテーション等) (3)補装具治療 (4)未熟児網膜症の光凝固治療 (5)人工内耳手術後の難聴療育 (6)歯科矯正 (7)言語療法 (8)透析療法 (9)腎移植手術 (10)中心静脈栄養法 (11)免疫調整療法 (12)その他()							
治療	治療見込期間	令和 年 月 日 から			令和 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					
訪問看護回数並びに期間	回							
療	医療費概算額	入院治療費	円	}	計			
		通院治療費	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	<input type="checkbox"/> 上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる (該当する場合は、□にレ点をつける)							
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) 住所 電話番号 担当医師名 印								

この意見書は必ず医療機関の事務担当者にご確認 してもらってください	確認印
--------------------------------------	-----