

## 自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		年齢	歳	生年月日
受診者氏名				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) 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	人工透析療法（要・不要）    中心静脈栄養法（要・不要）			
治 療	治療見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	通院治療回数並びに期間	回 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	通算 日間
訪問看護予定回数並びに期間	回 年 月 日 ~ 年 月 日	日間		
医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 費 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  医療機関コード  指定自立支援医療機関の 名称及び所在地  電話番号  担当医師名				