

自立支援医療（育成医療）意見書（新規・継続(再認定)・内容変更）

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成	年	月	日	
受診者住所										
病名		発症年月日		平成	年	月	日	(先天性・後天性)		
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									
不自由の状況										
医療の具体的方針 (該当するものに ○をつける)	(1) 手術      (2) 理学療法(リハビリ等)      (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(具体的に)									
治療開始・終了予定	入院(治療開始)平成 年 月 日 ~ 治療終了予定平成 年 月 日									
治療	治療見込期間	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						
	医療費概算額	入院治療費		円	} 計	円				
		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										

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。

平成 年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名

印