

自立支援医療(育成)意見書

フリガナ 受診者氏名			年齢	歳	年 月 日生
受診者住所					
病 名			発症年月日		年 月 日
障がいの種類 (該当するものに ○をつける)		(1) 肢体不自由 (2) 視覚障がい (3) 聴覚・平衡機能障がい (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障がい (6) 腎臓機能障がい (7) 小腸機能障がい (8) 肝臓機能障がい (9) その他内臓障がい (10) 免疫機能障がい			
医療の具体的方針					
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		
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間		
	入院(予定)月 日	年 月 日			
通院開始予定月 日		年 月 日			
通院の場合		1か月	回		
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
治療後における障がいの回復状況の見込					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 印</p>					