

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	年齢	年 月 日	
		男・女	歳		
受診者住所	〒 習志野市				
病 名		発症年月日		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 (具体的に)					
医療の具体的方針	(補装具 有・無) (肢体不自由の場合：理学療法 有・無)				
治 療	治療見込期間	入院治療期間 (日 間) 年 月 日 ~ 年 月 日 通院治療回数並びに期間 (月 回程度) 年 月 日 ~ 年 月 日 訪問看護予定回数並びに期間 (月 回程度) 年 月 日 ~ 年 月 日			} 通算 日間
	医療費概算額	手術予定年月日 年 月 日 入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px; margin-top: 10px;"> </div>					