

要領様式第1号（第2関係）

自立支援医療（育成医療）意見書									
フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
受診者氏名									
受診者住所		〒							
		電話番号							
病名							発病年月日		年 月 日
障害の種類 （該当するものに○を付けてください。）		(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 （障害の状況及び程度、また、手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。）									
治療	治療見込期間	入院治療期間 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで） 通院治療回数及び期間 回 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで） 訪問看護予定回数及び期間 回 日間 （ 年 月 日から 年 月 日まで）							
	医療費概算額	入院治療費 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									