

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ 受診児氏名		性別		年齢	歳	生年月日	年 月 日
受診児住所							
病 名	(先天性・後天性)		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 その他の内臓障害 10 免疫機能障害		左記障害による不自由の状況を具体的に記入ください				
医療の具体的方針	今回の治療開始予定年月日 年 月 日						
	医療用補装具(有・無)「1 肢体不自由のみ」			補装具名:			
治 療	治療見込期間	入 院 治 療 期 間 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 回 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間 回		日間 日間 日間	} 通算 日間		
	医療費概算額	入 院 治 療 費 通 院 治 療 費 訪 問 看 護 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 指定自立支援医療機関名 電話番号 診療科 担当医師名							