

(様式第2号)

自立支援医療（育成医療）意見書

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		
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 (6)腎臓機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (9)免疫機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害								
医療の具体的方針									
	治療開始年月日	年	月	日	治療終了年月日 (見込)	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	日間	
		訪問看護予定回数並びに期間			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									