

自立支援医療(育成医療)意見書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------|--|-----|----|-------|----|--------|---------|---|-----|---|---|---|----|------|
| 受 診 者 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 病 名 | | | | | 発症の時期 | | 年 月 日頃 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の 具体的方針 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治 療 | 治療見込 期 間 | 入 院 治 療 期 間 | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | } 通算 |
| | | 通院治療回数並びに期間 | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | 回 | |
| | | 訪問看護予定回数並びに期間 | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | 回 | |
| 療 | 医療費 概算額 | 入 院 治 療 費 | | | | 円 | | } 合計 | | | | | 円 | | |
| | | 通 院 治 療 費 | | | | 円 | | | | | 円 | | | | |
| | | 訪 問 看 護 等 | | | | 円 | | | | | 円 | | | | |
| | 装具 | 有・無 | 装具名 | | | | 概算払 | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | | | | | | | | |