

自立支援医療（育成医療）意見書（新規・継続(再認定)・内容変更)						
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	(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						
医療の具体的方針 (該当するものに ○をつける)	(1)手術 (2)理学療法(リハビリ等) (3)補装具治療 (4)未熟児網膜症の光凝固治療 (5)人工内耳手術後の難聴療育 (6)歯科矯正 (7)言語療法 (8)透析療法 (9)腎移植手術 (10)中心静脈栄養法 (11)免疫調整療法 (12) その他(具体的に)					
治療開始・終了予定	入院(治療開始)平成 年 月 日 ~ 治療終了予定平成 年 月 日					
治療	治療見込期間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間				通算 日間
	医療費概算額	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						
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						