

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	平成 令和	年	月	日
---------------	--	----	---	----------	---	---	---

受診者住所							
-------	--	--	--	--	--	--	--

病名	発症年月日	① 先天性					
		② 平成 令和 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) 視覚障がい	(3) 聴覚・平衡機能障がい	(4) 音声・言語・そしゃく機能障がい	(5) 心臓機能障がい	(6) 腎臓機能障がい	(7) 小腸機能障がい	(8) 肝臓機能障がい	(9) その他内臓障がい	(10) 免疫機能障がい
-------------------------	-----------	-----------	----------------	---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	--------------

医療の具体的方針 (該当するものに○をつけるとともに、 障害の状況及び治療内容について詳しく記載してください)	(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 ()

治療	術前検査期間	日間	入院予定日以前の通院は、 手術に伴う術前検査を行う 場合に限り申請できます。 通算 日間
	(通院予定： 年 月 日 から 年 月 日) 術前検査の具体的内容 ()		
	入院治療期間	日間	
	(入院予定： 年 月 日 から 年 月 日)		
	通院治療回数及び期間	回 日間	
(退院予定： 年 月 日 から 年 月 日)			
訪問看護予定回数及び期間	回 日間		
(訪問看護予定： 年 月 日 から 年 月 日)			
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	<input type="checkbox"/> 上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる。 ()
-------------------	---

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。

令和 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