

第1号様式

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		生年月日 年 月 日	
受診者住所						
病名		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 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 回 日間 回 日間	} 通算 日間		
	入院（予定） 年月日	年 月 日	手術（予定） 年月日	年 月 日		
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 } 計 円 } 円 }	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

担当医師名

印