様式第1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 |  | 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○を付ける) | | (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)　じん臓機能障害  (7)　小腸機能障害　(8)　肝臓機能障害　(9)　その他の内臓障害　(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 | 自　　　　　　年　　月　　日  至　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | 日間 | | | | 通算　　　日間 |
| 通院治療回数及び期間 | 自　　　　　　年　　月　　日  至　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | 回　　　日間 | | | |
| 訪問看護予定回数及び期間 | 自　　　　　　年　　月　　日  至　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | 回　　　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み | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。  年　　　月　　　日  指定自立支援医療機関  　　　　　電話番号  担当医師名 | | | | | | | | | | | | | |