

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 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受診者住所 | | | | | | | | | |
| 病名 | | 発症年月日 | 平成・令和 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 (具体的に) | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | (補装具 有・無) (肢体不自由の場合：理学療法 有・無) | | | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間 日間) | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 通院治療回数並びに期間 回程度) | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医療費概算額 | 訪問看護予定回数並びに期間 回程度) | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | 手術予定年月日 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 入院治療費 通院治療費 訪問看護等 | | | | | | | |
| | | 円 } 計 円 | | | | | | | |
| 移送見込額 | | | | | | | | | 円 |
| 医療費及び移送費合計額 | | | | | | | | | 円 |
| 治療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。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印 | | | | | | | | | |
| ※ 嘱託医の意見 | 入院 治療を 認める 入院外 認めない | | | | | | | | |