

# 自立支援医療(育成医療)意見書

|                             |            |                   |     |           |       |              |     |            |            |    |   |   |   |    |            |
|-----------------------------|------------|-------------------|-----|-----------|-------|--------------|-----|------------|------------|----|---|---|---|----|------------|
| 受<br>診<br>者                 | ふりがな       |                   |     |           |       | 生 年 月 日      |     |            |            |    |   |   |   |    |            |
|                             | 氏 名        | 性別                | 男・女 | 年齢        | 歳     | 平成           | 年   | 月 日        |            |    |   |   |   |    |            |
|                             | 住 所        |                   |     |           |       |              |     |            |            |    |   |   |   |    |            |
| 病 名                         |            |                   |     |           | 発症の時期 | 平成           | 年   | 月 日頃       | 先天性<br>後天性 |    |   |   |   |    |            |
| 障害の種類<br>(該当するものに<br>○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<br>具体的方針                |            |                   |     |           |       |              |     |            |            |    |   |   |   |    |            |
| 治<br>療                      | 治療見込<br>期間 | 入院治療期間            |     |           | 平成    | 年            | 月   | 日          | ～          | 平成 | 年 | 月 | 日 | 日間 | } 通算<br>日間 |
|                             |            | 通院治療回数並びに期間       |     |           | 平成    | 年            | 月   | 日          | ～          | 平成 | 年 | 月 | 日 | 回  |            |
|                             |            | 訪問看護予定回数並びに期間     |     |           | 平成    | 年            | 月   | 日          | ～          | 平成 | 年 | 月 | 日 | 回  |            |
| 療                           | 医療費<br>概算額 | 入院治療費             |     |           |       |              |     | 円          | } 合計       |    |   |   | 円 |    |            |
|                             |            | 通院治療費             |     |           |       |              |     | 円          |            |    |   |   | 円 |    |            |
|                             |            | 訪問看護等             |     |           |       |              |     | 円          |            |    |   |   | 円 |    |            |
|                             | 装具         | 有・無               | 装具名 |           |       |              | 概算払 |            |            |    | 円 |   |   |    |            |
| 移送費見込額                      |            |                   |     |           |       |              |     |            |            | 円  |   |   |   |    |            |
| 医療費及び<br>移送費合計額             |            |                   |     |           |       |              |     |            |            | 円  |   |   |   |    |            |
| 治療後における<br>障害の回復状況<br>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

所在地

電話番号

担当医師名

印